

N.1  
GENNAIO  
2017

A BUON  
**DIRITTO**  
*Quaderni*

# “CONTENERE” LA **CONTENZIONE** **MECCANICA** IN ITALIA

*Primo rapporto sui diritti  
negati dalla pratica  
di legare coercitivamente  
i pazienti psichiatrici nei SPDC*



A BUON  
**DIRITTO**  
associazione per le libertà



**A Buon Diritto**

*Associazione per le libertà*

**“Contenere” la contenzione meccanica in Italia**  
***Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare***  
***coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC***

Prefazione di *Luigi Manconi*

A cura di *Sergio Mauceri*

Con scritti di:

*Valentina Calderone, Lorenzo Fanoli, Sergio Mauceri, Susanna Ronconi, Andrea Taddei*

Con il sostegno di



La realizzazione di questa prima parte dell'indagine si è avvalsa di un contributo per attività di ricerca,  
concesso dalla *Compagnia di San Paolo* di Torino e dell'*Otto per mille alla Chiesa Valdese*

*A Francesco, Giuseppe e a tutti quelli che hanno subito  
e continuano a sperimentare sulla propria pelle  
gli effetti della contenzione*



# Sommario

<b>Prefazione</b> .....	<b>13</b>
-------------------------	-----------

<b>Introduzione – La rilevanza scientifico-pragmatica del fenomeno della contenzione in psichiatria</b> .....	<b>15</b>
---	-----------

<b>Cap. 1 - Il quadro giuridico-normativo e i regolamenti sulla contenzione meccanica.</b>	<b>23</b>
--	-----------

1.1. Premessa .....	23
---------------------	----

1.2. Il dibattito giuridico sulla costituzionalità e legittimità della contenzione meccanica .....	24
--	----

1.2.1. <i>Gli articoli della Costituzione a tutela della libertà personale e della salute</i> .....	24
---	----

1.2.2 <i>La legge 180/1978 di riforma del sistema psichiatrico</i> .....	25
--	----

1.2.3 <i>Il Regolamento 615 del 1909 sui manicomi e sugli alienati e le leggi successive</i> .....	26
--	----

1.3. Ulteriori aspetti legislativi contrastanti con le pratiche di contenzione meccanica.....	27
---	----

1.3.1 <i>La contenzione come atto terapeutico?</i> .....	28
--	----

1.3.2. <i>La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici</i> .....	29
---	----

1.4. Gli argomenti giuridici e giurisdizionali a sostegno della liceità di pratiche contenitive in casi particolari .....	30
---	----

1.5. Prassi, documenti istituzionali e regolamentazioni.....	31
--	----

1.5.1. <i>I Documenti e le linee guida istituzionali</i> .....	32
--	----

1.5.2. <i>Disposizioni e regolamenti regionali e sanitari in tema di contenzione meccanica</i> .....	33
--	----

1.5.2.1. Le disposizioni Regionali .....	34
--	----

1.5.2.2. I regolamenti sanitari.....	35
--------------------------------------	----

1.6. Un primo sguardo comparativo internazionale.....	37
---	----

1.6.1. <i>Legislazione e regolamentazioni sui Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e Volontari (TSV) in psichiatria in alcuni Paesi Europei</i> .....	37
---	----

1.6.2. <i>La normativa nazionale sugli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori: gli articoli di legge</i> .....	37
---	----

1.6.3. <i>Il ricovero volontario e coatto per i pazienti psichiatrici in Gran Bretagna, Francia, Germania e Svizzera</i> .....	39
1.6.3.1. Gran Bretagna .....	39
1.6.3.2. Francia .....	45
1.6.3.3. Germania.....	46
1.6.3.4. Svizzera.....	46
<b>Cap. 2 – L’analisi della contenzione meccanica in una prospettiva multidisciplinare.....</b>	<b>49</b>
2.1. Il ricorso alla contenzione meccanica come residuo manicomiale .....	49
2.2. Una violenza necessaria? Problemi etici, effetti e pericoli della contenzione meccanica .....	51
2.2.1. <i>La posizione giustificativa: l’utilizzo pragmatico della contenzione per la tutela in situazioni di emergenza</i> .....	51
2.2.2. <i>No restraint: la posizione critica e delegittimante della contenzione.....</i>	52
2.3. Alla ricerca di soluzioni al dibattito: lo studio empirico degli effetti associati alle pratiche di contenzione .....	54
2.3.1. <i>Le indagini sperimentali sugli effetti della contenzione meccanica.....</i>	54
2.4. Al di là del dibattito etico: fattori individuali e contestuali legati all’utilizzo della contenzione meccanica.....	57
2.4.1. <i>Caratteristiche della domanda dei servizi di cura: fattori di rischio individuali legati alla condizione del paziente.....</i>	58
2.4.2. <i>Fattori di rischio a livello contestuale: cultura assistenziale e condizioni organizzative .....</i>	62
2.5. Conclusioni: una mappa concettuale per “spiegare” la contenzione e alcune questioni ancora aperte.....	66
<b>Cap. 3 - La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica .....</b>	<b>71</b>
3.1. Le coordinate del lavoro empirico svolto sulle testimonianze esperte .....	71
3.2. Ideologie della contenzione .....	74
3.2.1. <i>La disumanizzazione del malato mentale tra risveglio di vecchi miti e violenza gerarchica contemporanea</i> .....	74
3.2.2. <i>La contenzione meccanica come residuo manicomiale inserito nel sistema dei Dipartimenti di Salute mentale.....</i>	75



3.2.3. <i>La stigmatizzazione come meccanismo di cronicizzazione della malattia: dalla diagnosi alla spoliamento all'autodeterminazione nel processo di cura</i> .....	77
3.2.4. <i>Cosa non è e cosa è la contenzione meccanica: non è una terapia ma indicatore di fallimento dei servizi di cura</i> .....	80
3.2.5. <i>Porte chiuse nei reparti: misura di sorveglianza e deterrente alla tutela del paziente</i> .....	81
3.2.6. <i>L'ordine di reparto e il potere del personale infermieristico: la contenzione come strumento di controllo</i> .....	82
3.2.7. <i>Al di là delle asimmetrie di potere: la rappresentazione del malato psichiatrico del Terzo Settore</i> .....	85
3.3. <i>La (in)compatibilità etico-normativa della contenzione</i> .....	86
3.3.1. <i>La prima posizione: la contenzione meccanica come pratica assolutamente illegittima</i> .....	86
3.3.2. <i>Il ricorso alla contenzione meccanica come forma di extrema ratio, legittimata sul piano giuridico: i rischi di ambiguità dello stato di necessità nella sua traduzione operativa nella vita di reparto</i> .....	88
3.4. <i>Strumenti di (non) garanzia: dall'occultamento delle prove alla subalternità del paziente psichiatrico</i> .....	92
3.4.1. <i>Fattori di rischio: cosa incentiva il ricorso alla contenzione nei SPDC?</i> .....	98
3.4.2. <i>La contenzione e il TSO dentro l'SPDC e l'SPDC dentro il DSM: una matryoska con tante crepe e incastrati territoriali non riusciti</i> .....	105
3.5. <i>Alla ricerca di soluzioni: buone pratiche contro la contenzione</i> .....	110
3.5.1. <i>SPDC no restraint: dalla contenzione al contenimento</i> .....	110
3.5.2. <i>Contenzione meccanica vs. contenzione fisica: una sostanziale differenza</i> .....	112
3.5.3. <i>Sciogliere il nodo normativo. Abolire, regolamentare o denunciare la contenzione?</i> .....	115
3.6. <i>Fattori ostativi: cosa contribuisce a negare il diritto dei pazienti psichiatrici a non essere legati</i> .....	119
3.6.1. <i>La memoria negata: discontinuità rispetto al progetto basagliano di deistituzionalizzazione del malato psichiatrico</i> .....	119
3.6.2. <i>L'isolamento del no restraint: tra resistenze psichiatriche, accuse di ideologismo e incommensurabilità di paradigmi</i> .....	123
3.6.3. <i>Cosa scoraggia la pubblica indignazione: silenzio forzato o intenzionale?</i> .....	125
3.7. <i>Azioni sinergiche verso la co-costruzione di una rete per slegare i pazienti psichiatrici: agenda programmatica o chimera?</i> .....	128

**Cap. 4 - Biografie della contenzione. Una traccia di lettura tra vissuti, rappresentazioni e ipotesi interpretative** .....

133

4.1. Premessa .....	133
4.2. Presentazioni. La malattia narrata.....	133
4.3. Percorsi dentro il sistema psichiatria .....	135
4.3.1. <i>“Pazienti” si diventa. Avvicinamenti, resistenze e tattiche tra pubblico e privato</i> .....	135
4.3.1.1. Resistenza. Contro l’immagine dominante della malattia mentale.....	135
4.3.1.2. L’etichettamento “da servizi”. Meglio privato che pubblico? .....	136
4.3.2. <i>Occasioni mancate. Un altro CSM è possibile?</i> .....	137
4.3.2.1. Che cos’è la cura. Cronicità e guarigione .....	137
4.3.2.2. Farmacocentrismo, la malattia dei CSM .....	139
4.3.2.3. Fordismo al CSM: minutaggio assistenziale e serialità .....	140
4.3.2.4. Quando il CSM funziona (funzionava?): la relazione e il sistema .....	141
4.3.3. <i>Il sociale della psichiatria. Autonomia, dignità, cittadinanza</i> .....	141
4.3.3.1. Il lavoro tra autonomia, reddito e dignità .....	142
4.3.3.2. L’associazionismo tra sociale e cittadinanza .....	143
4.4. Cartografie della crisi .....	143
4.4.1. <i>Il ricovero volontario. Gli SPDC come luogo della tregua</i> .....	144
4.4.1.1. Un SPDC “ponte” per i periodi di transizione .....	144
4.4.1.2. In reparto contro il disorientamento e la perdita di controllo.....	144
4.4.2. <i>Ricoveri “negoziati”. Un consenso asimmetrico senza troppe alternative</i> .....	145
4.4.2.1. Ricoveri-parcheggio, ricoveri-transito .....	145
4.4.2.2. TSO e silenziosi assenti .....	146
4.4.3. <i>La gestione delle crisi tramite TSO (senza adesione alcuna)</i> .....	146
4.4.3.1. L’alto rischio sanitario .....	146
4.4.3.2. Contro la ribellione alla terapia.....	147
4.4.3.3. Le pressioni esterne. La famiglia.....	147
4.5. Prevenire il ricovero. Qualche variabile da considerare .....	148
4.5.1. <i>Una buona qualità della vita</i> .....	148
4.5.1.1. “Esperti di se stessi”: conoscersi e conoscere la malattia.....	148
4.5.1.2. Ex ante: opportunità terapeutiche accessibili e accoglienti.....	149
4.5.1.3. Piccoli manicomi crescono. Neo-istituzionalizzazione diffusa e gestione delle crisi.....	149
4.6. L’esperienza della contenzione meccanica .....	149
4.6.1. <i>Le modalità del TSO come profezia della contenzione</i> .....	149

4.6.1.1. Le crisi e l'attivazione del TSO .....	150
4.6.1.2. Dal TSO verso la contenzione .....	150
4.6.2. <i>Vissuto e sentimenti della contenzione</i> .....	152
4.6.2.1. Le pratiche della contenzione e i gesti (dolorosi) della ribellione .....	152
4.6.2.2. Al culmine del dolore. L'elettroshock .....	153
4.6.2.3. I sentimenti della contenzione .....	153
4.6.2.4. La durata della contenzione .....	154
4.6.2.5. La relazione con il personale .....	154
4.6.3. <i>Ex post. Ragioni e riflessioni sulla contenzione subita</i> .....	155
4.7. Non solo lacci. Le altre contenzioni.....	157
4.7.1. <i>La "contenzione chimica" tra farmacocentrismo e relazioni asimmetriche</i> .....	157
4.7.1.1. Il farmaco non negoziabile e le logiche operative.....	157
4.7.1.2. Ambivalenza del farmaco: quello "violento" e quello "alternativo" .....	158
4.8. La "contenzione legale". Oltre l'SPDC.....	159
4.9. Sulla pratica della contenzione meccanica. Valutazioni, posizioni e alternative .....	159
4.9.1. <i>La contenzione come prodotto di un sistema inadeguato</i> .....	159
4.9.1.1. Le pratiche dell'emergenza tra "minutaggio" e poteri forti .....	160
4.9.2. <i>Oltre la contenzione. Questioni di sistema, questioni di diritti</i> .....	161
4.9.2.1. Prendersi cura della crisi: tempo e spazi .....	161
4.9.2.2. Ridurre l'asimmetria nelle relazioni medico-paziente .....	161
4.9.2.3. Dare forza vigente ai diritti della persona.....	162
4.9.2.4. Contro l'opacità delle pratiche. Aprire le porte ai cittadini.....	163
4.10. A proposito di alternative possibili. Dialoghi in gruppo a Segna/Ali .....	163
4.10.1. <i>Critica pratica della contenzione come estrema ratio</i> .....	164
4.10.2. <i>Il matto e la società (ovvero: la delega sociale è una palla)</i> .....	165
4.10.3. <i>Il buco nero delle garanzie e delle tutele del paziente</i> .....	165
4.10.4. <i>Prevenire le crisi, una questione di sistema</i> .....	166
4.10.5. <i>Alternative. Prove tecniche di Rifugio urbano</i> .....	167
<b>Conclusioni: dall'insanity of place al luogo di cura</b> .....	<b>171</b>
<b>Appendici al primo rapporto:</b> .....	<b>179</b>

<b>Documenti e strumenti di ricerca .....</b>	<b>179</b>
Appendice 1.1. - Elenco e caratteristiche degli SPDC presenti sul territorio Piemontese.....	180
Appendice 3.1. - Traccia di intervista in profondità utilizzata per i testimoni esperti .....	190
Appendice 3.2. - Pronunciamento sulla contenzione meccanica del Comitato nazionale di Bioetica	200
Appendice 4.1. - Le interviste biografiche condotte focalizzate sulla contenzione.....	216
<b>Riferimenti bibliografici .....</b>	<b>253</b>
<b>Note sugli autori .....</b>	<b>263</b>





# Prefazione

di Luigi Manconi

Il ricorso a pratiche di contenzione meccanica su persone affette da disagio mentale rappresenta un lato oscuro, drammatico e assai diffuso nelle prassi dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura nel nostro paese, anche se gli Spdc non sono gli unici luoghi nei quali si lega: i servizi di neuropsichiatria infantile, le residenze sanitarie assistenziali (Rsa), i reparti di medicina e quelli geriatrici, il pronto soccorso, le Rems, le case di cura private e le comunità terapeutiche, sono tutte strutture all'interno delle quali talvolta (più o meno frequentemente, a seconda della cultura e delle pratiche degli operatori) i pazienti vengono contenuti con vari mezzi. Questo fenomeno contrasta in maniera stridente con la migliore cultura giuridica e sanitaria affermatasi nel nostro paese e che pure costituisce il retroterra di riferimento della legislazione vigente e, in particolare, di quella "legge Basaglia" che ha riconosciuto in maniera piena la dignità e la titolarità dei diritti delle persone affette da disagio mentale.

È bene ricordare che, secondo la nostra Costituzione, i ricorsi a pratiche limitative della libertà personale nell'ambito di trattamenti sanitari dovrebbero rappresentare rare eccezioni tassativamente regolate, controllate, sottoposte a un sistema giurisdizionale di garanzie nei confronti dei pazienti. La realtà è, invece, decisamente diversa: nella stragrande maggioranza dei centri di diagnosi e cura i pazienti non hanno la possibilità di avere rapporti con i familiari, di muoversi liberamente (tantomeno di uscire)<sup>1</sup> e tali strutture risultano spesso impermeabili a qualsiasi possibilità di monitoraggio e controllo dall'esterno. In essi il ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi è tutt'altro che residuale<sup>2</sup> e la pratica di misure di contenzione meccanica è una componente ricorrente<sup>3</sup>.

Soltanto in casi di eventi tragici, che mostrano in tutta la loro crudezza gli abusi e gli atti di vera e propria tortura cui vengono sottoposti cittadini inermi, il velo di opacità che copre il ricorso alla contenzione meccanica all'interno degli ospedali psichiatrici viene squarciato drammaticamente. La morte di Giuseppe Casu il 22 giugno del 2006, dopo essere rimasto per sette giorni legato a un letto nell'ospedale di Cagliari, così come quella di Francesco Mastrogiovanni, avvenuta il 4 agosto del 2009 dopo essere stato contenuto per ottantasette ore<sup>4</sup> - la cui agonia è stata documentata per intero attraverso la registrazione delle telecamere interne del reparto psichiatrico in cui era stato rinchiuso - hanno rappresentato solo gli episodi più recenti ed emblematici che dovrebbero spingere operatori, società civile e titolari di funzioni e responsabilità pubbliche a conoscere e a intervenire per modificare radicalmente la situazione.

Tuttavia se, da un lato, si può affermare che esistano riflessioni, dibattiti e iniziative per comprendere, prevenire e regolare il ricorso a pratiche contenitive in ambito psichiatrico, è altrettanto vero che tutto ciò riguarda solo un insieme limitato di persone, prevalentemente composto da addetti ai lavori, professionisti in ambito terapeutico, associazioni impegnate nella tutela dei diritti umani. E, anche se solo di rado, si arriva a giustificare pienamente il ricorso, la contenzione meccanica continua a rimanere pratica routinaria che avviene nel pressoché assoluto silenzio della politica, delle comunità professionali e dell'intero corpo sociale.

Le motivazioni di questa disattenzione sono molteplici e profonde, derivanti da un pensiero mai superato, secondo il quale l'essere umano nel momento della sofferenza mentale non è più titolare di integrità e di dignità e, conseguentemente, di diritti, come se la malattia mentale rendesse incapaci di intendere, di volere

1 Secondo la ricerca "Progres Acuti" coordinata nel 2001 dall'Istituto Superiore di Sanità e dal DSM di Trieste, il 79,8% dei SPDC hanno le porte chiuse a chiave 24 ore su 24.

2 Sempre secondo la ricerca "Progres Acuti" i TSO rappresentano il 9% dei ricoveri nelle strutture psichiatriche in tutta Italia ma tale proporzione varia dal 2,7% del Veneto al 25,8% della Sardegna.

3 Il 73% degli SPDC del campione nazionale della ricerca ha dichiarato di aver fatto ricorso alla contenzione meccanica nel corso dell'anno precedente la rilevazione

4 Su questa vicenda, la regista Costanza Quatriglio ha girato un film dal titolo *87 Ore. Gli ultimi giorni di Francesco Mastrogiovanni*

e perfino di percepire la sofferenza aggiuntiva provocata dalle pratiche contenitive. Una convinzione errata che si esprime dichiarando una sorta di “inevitabilità del male” alla quale si può rispondere, necessariamente, solo attraverso l’isolamento e l’annullamento della persona.

Il percorso da fare è ancora lungo, ma - insieme alle difficoltà e alle battute di arresto - sono diffusi anche gli anticorpi sociali e gli esempi che rendono credibile l’alternativa tracciata dalla legge 180 del 1978, a partire dalle importanti esperienze dei ventuno SPDC No Restraint in Italia e dalle sempre più diffuse sperimentazioni di metodi di presa in carico e cura non coercitivi a livello internazionale.

Per raggiungere l’obiettivo - pure riconosciuto dai documenti istituzionali di indirizzo e pianificazione dei servizi socio-sanitari - di un livello zero di contenzione nei confronti dei pazienti, è necessario che all’impegno delle correnti più avanzate delle comunità professionali e delle istituzioni corrisponda un adeguato sostegno da parte della politica, dell’opinione pubblica e della società civile perché, come ha recentemente dichiarato lo psichiatra Giuseppe Tibaldi: «solo le pressioni dall’esterno consentiranno di fare concreti passi innovativi. Come è già accaduto nelle vicende relative agli ospedali psichiatrici tradizionali e, più recentemente in quella degli ospedali psichiatrici giudiziari, è stata la società civile a imporre ai professionisti di scegliere strade che difficilmente sarebbero state imboccate ».

È per questo motivo che A Buon Diritto ha deciso di intraprendere un percorso di ricerca che contribuisca alla crescita della conoscenza e della consapevolezza riguardo alle consuetudini e motivazioni e ai fattori di rischio che determinano e “giustificano” le pratiche abusive di contenzione dei soggetti affetti da disagio psichico. Le informazioni raccolte dovranno poi contribuire a promuovere l’elaborazione di strategie e pratiche di prevenzione.

Il documento che segue illustra i risultati di un primo lavoro condotto da ricercatori di A Buon Diritto e del Dipartimento di Comunicazione e Ricerca Sociale (Sapienza Università di Roma) che hanno ricostruito il quadro generale di riferimento attraverso l’analisi dei materiali giuridico-legali e del dibattito scientifico, corredate da interviste e colloqui con testimoni privilegiati, fino all’analisi e alla raccolta di testimonianze dirette di persone che sono state oggetto di pratiche contenitive nell’ambito di trattamenti medico-psichiatrici. Si tratta solo di un primo passo, cui ci auguriamo possano seguirne altri, con lo scopo di contribuire in maniera significativa al progressivo abbandono di tali pratiche nel nostro paese.



# Introduzione – La rilevanza scientifico-pragmatica del fenomeno della contenzione in psichiatria

di Sergio Mauceri

La graduale chiusura degli ospedali psichiatrici e la progressiva introduzione del modello organizzativo del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) ha fatto sì che il ricovero delle persone con disturbo psichiatrico acuto avvenisse all'interno di reparti interni alle strutture ospedaliere, denominati Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). In questi reparti ospedalieri, che costituiscono parte integrante dei DSM, è a tutt'oggi molto diffuso l'uso delle pratiche di contenzione, delle quali ci si avvaleva già all'interno delle istituzioni totali manicomiali.

In ambito medico-psichiatrico la contenzione può essere definita come l'insieme di quei mezzi fisici-chimico-ambientali che si applicano coercitivamente al paziente allo scopo di limitare la sua capacità di movimento volontario (cfr. Belloi, 2000). Esistono diversi tipi di contenzione, spesso utilizzati in maniera combinata, suddivisibili a loro volta, a seconda del mezzo utilizzato, nel seguente modo:

- la contenzione fisica, realizzata per immobilizzare fisicamente i movimenti del paziente senza fare uso di alcun presidio o supporto diverso dai mezzi fisici di cui dispone chi opera questo tipo di contenzione;
- la contenzione meccanica, la quale consiste nel legare i polsi e le caviglie del paziente, attraverso l'uso di quattro fasce generalmente con chiusura metallica, per immobilizzarlo al letto di ospedale (letto di contenzione) o nell'applicazione di presidi sulla persona o uso degli stessi come barriera nell'ambiente che riducono o controllano i movimenti;
- la contenzione farmacologica chimica, attraverso la somministrazione al paziente di alti dosaggi di farmaci, come tranquillanti e sedativi, in modo da ridurre la capacità di vigilanza del paziente e quindi anche la capacità di muoversi liberamente;
- la contenzione ambientale, attuata tramite cambiamenti apportati all'ambiente in cui si trova il soggetto per limitare o controllare i suoi movimenti, come ad esempio la segregazione del paziente in ambienti chiusi e sorvegliati;

La presente indagine si concentrerà specificatamente sugli usi della *contenzione meccanica* nei SPDC, per quanto sia da precisare che il suo uso risulta diffuso anche in ambito geriatrico.

La contenzione meccanica è una modalità largamente utilizzata in psichiatria per la gestione degli episodi di agitazione e aggressività all'interno dei SPDC (Rossi, a c. di, 2015). Secondo una ricerca (Progres Acuti) condotta nel 2004 dall'Istituto Superiore di Sanità presso un campione di SPDC sull'intero territorio nazionale, nel 60% dei casi le strutture facevano ricorso a pratiche di contenzione meccanica e in oltre il 70% erano presenti gli strumenti idonei per farvi ricorso (Dell'Acqua et al., 2007). Come riferisce lo psichiatra Vittorio Ferioli, in un articolo scientifico dedicato specificatamente alla contenzione meccanica, “nei reparti psichiatrici per acuti, in Italia, avvengono in media 20 contenzioni ogni 100 ricoveri e queste riguardano 11 pazienti ogni 100 ricoverati” (2013, p. 30). Per quanto i dati appena riportati siano utili a inquadrare il fenomeno, si tratta di stime, dal momento che l'istituzione nei SPDC di registri per il monitoraggio delle contenzioni praticate (disciplinati a livello regionale) non è stata seguita da una centralizzazione (né nazionale, né regionale) della raccolta e analisi dei dati registrati nei singoli SPDC, come era invece auspicabile avvenisse, anche in relazione a esigenze di controllo dei casi di uso indiscriminato. Molti manuali psichiatrici (anche internazionali) precisano che la contenzione meccanica non è una pratica terapeutica, ma una misura coercitiva di controllo del movimento che dovrebbe essere utilizzata esclusivamente come risorsa estrema e solo nei casi in cui l'operatore sanitario valuti oculatamente la mancata possibilità di intervenire in

altro modo per evitare che la persona arrechi danno a se stessa o agli altri. A questo riguardo, la *White Paper of the Council of Europe* riporta: “L’uso di brevi periodi di *contenzione fisica* (blocco fisico non prolungato) dovrebbe tener conto del rapporto rischi/benefici e la *contenzione meccanica* dovrebbe essere utilizzata solo come ultima risorsa e solo in casi eccezionali per periodi prolungati” (Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe, 2005).

La contenzione meccanica dei pazienti psichiatrici, in situazioni di emergenza, è ancora oggi una delle questioni più controverse e dibattute in Italia e nella comunità internazionale relativamente all’assistenza psichiatrica (Sangiorgio e Sarlatto, 2007). Infatti, la pratica della contenzione solleva una grande quantità di problemi di ordine etico-deontologico, tecnico-clinico, giuridico e medico-legale. Se esistono posizioni, in ambito giuridico e psichiatrico, che assimilano la contenzione meccanica a una pratica (da utilizzare in stato di necessità), in assenza della quale si configurerebbe un rischio di abbandono di incapace (Cerasoli, 2007), molto diffusa è la posizione alternativa che sostiene la illegittimità etica e giuridico-costituzionale di questo strumento, che ne nega la valenza medica o terapeutica e che considera il suo (ab)uso, come passibile di integrare il delitto di sequestro di persona e, secondo le circostanze, quello di violenza privata e di maltrattamenti (Grassi e Ramacciotti 2009; Dodaro, 2011; Ferioli 2013).

Afferendo a quest’ultima posizione, Grassi e Ramacciotti sostengono:

Una psichiatria senza contenzione costituisce un obbligo giuridico e prima ancora deontologico. Vi sono situazioni in cui è consentito, anzi doveroso, intervenire su una persona con la forza fisica [...]. Deve trattarsi però soltanto di una forma di contenimento momentaneo, inserita in un trattamento terapeutico, giustificato dall’art. 54 del codice penale [...]. La contenzione meccanica, oltre a essere illecita, è anche segnale dell’inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria ove sia praticata [...] ancor più ingiustificata quando abbia luogo presso strutture quali i centri di diagnosi e cura, istituite proprio allo scopo di far fronte a situazioni di crisi (2009, p. 15).

Che il ricorso frequente alla contenzione sia associato, anche, a disfunzionalità interne alle strutture, che rendono incapace il personale medico-infermieristico di far fronte a situazioni che richiederebbero cure psico-relazionali, piuttosto che l’esercizio della limitazione della libertà di movimento, è attestato dal fatto che l’uso di interventi coercitivi è stato più volte selezionato in ambito scientifico come indicatore della carenza di qualità del trattamento dei pazienti ricoverati (*International Quality Indicator Project*; Strout, 2010). Tuttavia, come si vedrà, invocare lo stato di disfunzione dei servizi psichiatrici costituisce una pratica retorica spesso utilizzata dallo staff medico-ospedaliero a giustificazione degli abusi e dell’uso indiscriminato della contenzione e dunque si tratta di un aspetto rispetto al quale occorrerà nel corso del report aprire significativi spazi di riflessione.

La rilevanza rispetto all’avvio di un progetto di indagine interdisciplinare che si dedichi specificatamente a questo tipo di contenzione in ambito psichiatrico risiede in diversi ordini di ragioni psico-giuridico-medico-etico-sociali:

- *La violazione dei principi costituzionali*: l’art. 13 della Costituzione afferma “l’inviolabilità della libertà personale (...) se non per atto motivato dell’autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge” e rende sanzionabile “ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà”.
- *Il vuoto legislativo*: tra i giuristi non vi è accordo sull’esistenza o meno di norme all’interno del nostro ordinamento che prevedano e disciplinino la contenzione. *La legge 180 del 1978*, comunemente denominata “legge Basaglia” di riforma del sistema manicomiale italiano, non esclude (ma neanche autorizza e disciplina) il ricorso a questa forma di misura coercitiva; pertanto, l’utilizzo della contenzione meccanica continua a essere citato nella storia della giurisprudenza italiana dal solo art. 60 del regolamento

manicomiale *del regio decreto del 1909*<sup>5</sup>. Risulta anomalo che nonostante le strutture manicomiali non esistano più e che lo stesso articolo si fosse rivelato inadeguato, nelle stesse istituzioni totali, a riservare ai soli casi “eccezionali” l’uso della contenzione, questa pratica neo-manicomiale continui a imperversare entro i reparti delle moderne strutture ospedaliere. Come sostenuto dalla maggior parte degli autori (cfr. Dodaro, 2011), il decreto regio del 1909 è stato di fatto abolito con la riforma psichiatrica del 1978, così che attualmente nel nostro ordinamento non c’è alcuna disposizione di legge che, implicitamente o esplicitamente, autorizzi l’uso di mezzi di contenzione. Il “vuoto” normativo rende più probabile l’uso improprio e frequente della contenzione. Diversi studi scientifici internazionali dimostrano che aumentare la regolamentazione (anche interna all’ambito psichiatrico-ospedaliero) per la identificazione precoce e per la gestione efficace dei comportamenti problematici, come anche per il monitoraggio “uno a uno” dei pazienti contenuti, fa sì che possa diminuire del 50% il numero e la durata degli episodi di contenzione (Currier e Farley-Toombs, 2002). D’altra parte, come si avrà modo di osservare, la stessa regolamentazione suscita dubbi tra chi teme che normare la contenzione meccanica tacitamente equivarrebbe a legittimarla, il che apre un crinale che non autorizza a considerare il vuoto legislativo necessariamente come qualcosa di assolutamente negativo rispetto all’ipotesi di una eliminazione futura di questa pratica.

- *L’uso improprio*: anche se si volesse sostenere la legittimità del ricorso alla contenzione in casi eccezionali, laddove si palesino rischi reali di incolumità del paziente o di altre persone, come documentato dalle narrazioni di soggetti che hanno vissuto questa esperienza all’interno di SPDC (Manicardi, 2008) e dai casi documentati in ambito giuridico o dalla cronaca, della contenzione meccanica se ne fa spesso uso indiscriminato e/o negligente. Non di rado le si attribuisce la valenza di uno strumento punitivo e/o senza rispettare elementari cautele che presidono al suo utilizzo, tra le quali figura anche l’obbligo di una valutazione medica dello stato di salute del paziente (in particolare della condizione cardiovascolare) prima dell’applicazione e di un’assistenza continuativa durante la contenzione. Proprio l’incuria nel rispetto delle accortezze mediche nel suo uso hanno determinato i diversi casi di decesso e di denuncia, che si sono succeduti nel corso degli anni.
- *I rischi psico-fisici per il paziente*: con una probabilità che dipende dalla durata e modalità della contenzione e dallo stato di salute anteriore del paziente, oltre ai rischi fisici (asfissia, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, traumi articolari, traumi dei tessuti cutanei, infezioni a carico dell’apparato respiratorio, rischi di decesso in seguito a un periodo prolungato di agitazione psicomotoria, etc.), sono documentati rischi di disfunzioni psicosociali associati alla contenzione meccanica, quali: aumento della confusione, compromissione della propria dignità personale e senso di vergogna, depressione, traumi da stress psico-fisico, paura, prostrazione e rassegnazione rispetto alle possibilità percepite di guarigione, riduzione dell’autonomia assistenziale e nel prendere iniziative, aumento dell’aggressività e dell’agitazione nel tentativo di liberarsi, maggiore durata della degenza, declino del comportamento sociale e cognitivo, rievocazione di traumi da violenza pregressi (Hillard e Zitek, 2005; Catanesi, Ferrarini e Peloso, 2006; Prinsen e Van Delden, 2009; Strout, 2010). La circolarità perversa che si può innescare è che lo stato di agitazione che determina la decisione di contenere un paziente possa essere sollecitato dalle stesse condizioni socio-ambientali-relazionali interne ai SPDC e che, a sua volta, la contenzione sia ipoteticamente a rischio di acuitizzare lo stato di dissociazione dalla realtà o confusione che ha giustificato il ricovero ospedaliero volontario o coatto della persona. In presenza di tali rischi, essendo il periodo di degenza consentito nei SPDC generalmente di sette giorni (con la possibilità di estenderlo per un massimo di altri sette), diventa altamente probabile che il paziente sottoposto ai vari tipi di contenzione sia riconsegnato alla famiglia (laddove questa sia presente) o alle altre strutture interne al DSM, in condizioni psico-fisiche peggiori rispetto al momento del ricovero, con tutte le conseguenze che questo comporta.

.....  
5 Tale art. dispone: “Nei manicomi devono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l’autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell’istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L’autorizzazione indebita dell’uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria da £. 12.000 a £. 40.000 senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal codice penale. L’uso dei mezzi di coercizione è vietato nella cura in case private. Chi contravviene a tale disposizione è soggetto alla stessa pena stabilita dal comma precedente”.

- *La mancata necessità*: che la contenzione meccanica possa essere evitata è desumibile dal fatto che, a parità di situazioni di emergenza, esistono strutture ospedaliere pubbliche italiane o in altre nazioni europee (ad es. Gran Bretagna) che non ne fanno uso, così come nel 2006 è stato fondato in Italia un Club di SPDC *no restraint* (non coercitivi), che comprende 21 SPDC<sup>6</sup>, che non fanno uso di contenzione meccanica e che tengono aperte le porte dei reparti. In aggiunta, il fatto che in diverse cliniche psichiatriche private non sia contemplato l'uso della contenzione meccanica (in quanto esplicitamente vietato dalla legge) introduce la disparità di trattamento in base alla condizione socio-economica delle persone che soffrono di patologie psichiatriche. Come ricostruisce Toresini (2013), la pratica *no restraint* “si realizza sostituendo la contenzione fisica con il contenimento psicologico attraverso la relazione. A volte ciò avviene associando un paziente a una unità di personale che si occupa del paziente più difficile in quel momento in una relazione uno ad uno. In fase iniziale e di trasformazione dell'SPDC il personale sta sulla porta e negozia l'uscita con i pazienti. Ma per far questo ogni unità di personale deve conoscere singolarmente tutto di ciascun paziente. Si tratta di procedure che implicherebbero degli approfondimenti teorici e pratici, ma che sono centrali per la riuscita di tale modalità di agire. In nessun caso la non contenzione e la porta aperta significa acriticamente l'abbandono del paziente difficile e grave al suo destino”.
- *La cortina di silenzio nella società civile*: a fronte delle ambiguità legislative e delle condizioni documentate di abuso in molti SPDC, l'attenzione collettiva prestata nei confronti dell'uso improprio di queste pratiche di coercizione è pressoché assente e affiora episodicamente in concomitanza di casi estremi di cronaca (come quelli legati alle vicende processuali di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, deceduti a seguito di contenzione meccanica). Francesco Mastrogiovanni, maestro elementare di 58 anni, fu visto sfrecciare nella zona pedonale di Aciaroli, nel Cilento, la sera del 30 luglio 2009, con lo sguardo “perso nel vuoto”. Il giorno dopo un dispiegamento di forze dell'ordine lo andò a prelevare nella spiaggia del campeggio, lo caricò su un'ambulanza che lo portò in TSO nel reparto psichiatrico dell'ospedale di Vallo della Lucania, dove, dopo quattro giorni legato al letto e sedato, morì senza poter essere visitato dai parenti, il 4 agosto. Per questa vicenda sono stati condannati in secondo grado sei medici e undici infermieri responsabili, tra gli altri reati, di sequestro di persona. Giuseppe Casu, un ambulante per il quale è stato disposto un TSO dopo essersi ribellato allo sgombero del proprio banco di frutta, è morto per tromboembolia all'arteria polmonare il 22 giugno 2006, dopo essere stato legato per sette giorni consecutivi ad un letto di un SPDC dell'ospedale *Santissima Trinità* di Cagliari e sottoposto a cure farmacologiche non pertinenti alla sua vicenda clinica. Il caso processuale, ricostruito analiticamente da Giovanna Del Giudice (2015), presenta anomalie tali da aver fatto decadere le imputazioni di colpevolezza in secondo grado per tutti i medici e i tecnici implicati nel decesso.
- *La carenza di studi scientifici italiani*: ricerche in campo internazionale, soprattutto negli Stati Uniti, Gran Bretagna e in Nord Europa, hanno indagato il fenomeno e ne hanno diagnosticato la consistenza, le caratteristiche, i gravi eventi avversi e gli abusi (Currier e Allen 2000). Da queste ricerche le associazioni scientifiche di quei paesi hanno preso spunto per aprire un ampio dibattito e per elaborare precise linee guida, al fine di minimizzare il ricorso alla contenzione meccanica ai soli casi di estrema necessità e per evitarne ogni forma di evento avverso e di abuso. A fronte di alcuni studi di denuncia a carattere divulgativo e delle iniziative lodevoli realizzate dai SPDC *no restraint* (ma non supportate da molte evidenze empiriche)<sup>7</sup>, a trentasei anni di distanza dalla legge 180 (meglio nota come “riforma Basaglia” degli istituti psichiatrici), l'unica indagine sistematica condotta con estensione nazionale sui SPDC italiani e le pratiche coercitive utilizzate al loro interno risale a più di dieci anni fa ed è stata promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (Santone et al. 2005; Dell'Acqua et al. 2005). Si tratta di un'esperienza episodica che non compensa le esigenze diacroniche di monitoraggio e di valutazione dei fattori di rischio che rendono variabili la frequenza, le modalità di ricorso e di gestione della contenzione nei SPDC

6 Esistono anche SPDC (non iscritti al Club *no restraint*) che chiudono le porte dei reparti ma non praticano contenzione meccanica o che hanno in corso progetti di eliminazione della contenzione nelle seguenti province: Gorizia, Venezia-Mestre, Arezzo, Lucca, Verona Sud, Salerno, Bari.

7 Come riferisce Dodaro, “lo stesso circuito dei servizi che pratica il *no restraint method* diffonde poco i contenuti del proprio lavoro al di fuori della ristretta cerchia degli specialisti” (2011, p.1513).

(Catanesi e Troccoli, 2005; Spigonatti e Agrimi, 2005). La conoscenza del fenomeno è prevalentemente affidata a esperienze circoscritte e locali di ricerca e da episodici reportage giornalistici e si scontra con le resistenze da parte degli operatori delle strutture a collaborare a questo fine. Alla scarsa conoscenza del fenomeno non è stata peraltro in grado di sopperire una recente indagine sovranazionale europea (che ha raggiunto anche l'Italia, coinvolgendo solo la provincia di Napoli), che ha irrimediabilmente scontato le estreme differenze di contesto (normative, procedurali, culturali) dei paesi coinvolti.

Per quanto, in virtù delle ragioni citate, l'indagine manterrà il proprio focus di attenzione sulla contenzione meccanica e, inevitabilmente, sul suo uso combinato con altre forme di contenzione (fisica, chimica e ambientale), non si ritiene possibile studiare le modalità del suo utilizzo nei SPDC, senza inquadrarle all'interno del sistema complessivo di fattori strutturali-ambientali, organizzativi, culturali, relazionali e giuridici che rientrano nella gestione pubblica dei processi di diagnosi e cura delle patologie psicologiche acute.

L'ipotesi guida dell'indagine è infatti che l'uso improprio e indiscriminato in una parte dei SPDC italiani della contenzione meccanica (ma anche di quella farmacologica/chimica) sia da imputare a una serie di elementi disfunzionali di natura culturale e strutturale, che rendono gli operatori medici incapaci di gestire l'impiego delle pratiche coercitive di contenzione come se fossero realmente risorse "estreme", fino ad arrivare ad utilizzarle come strumenti punitivi o di gestione "ordinaria" della rabbia, dell'autolesionismo e dell'aggressività che comunemente si associano alle patologie psichiatriche.

Il sovraffollamento dei reparti psichiatrici e la connessa carenza di personale (medico e infermieristico), determinata dal blocco del *turnover* nelle strutture pubbliche, il *burnout* diffuso nelle professioni medico-infermieristiche (e ancor più in strutture, come quelle psichiatriche, che pongono il rischio di deumanizzazione del rapporto con i pazienti), la gestione verticistica dei SPDC, la carenza nella formazione/aggiornamento del personale medico e infermieristico rispetto alla gestione delle emergenze e all'uso delle pratiche di contenzione, l'inadeguatezza dell'ambiente fisico (come ad esempio, la totale assenza di spazi aperti in una parte dei SPDC), il sovraccarico di lavoro dei CSM (Centri di Salute Mentale) sono solo alcuni dei fattori che in ipotesi possono esporre i pazienti psichiatrici ai rischi di essere "gestiti" e controllati in modo coercitivo (piuttosto che curati) e rendere il personale medico-infermieristico più incline all'uso improprio o poco oculato delle misure di contenzione. A questi elementi si aggiungono indubbiamente elementi di natura ideologico-culturale, che rendono la psichiatria ospedaliera italiana ancora poco sensibile alle acquisizioni scientifiche maturate in ambito internazionale circa i danni di breve e lungo periodo arrecati dalla contenzione ai pazienti e alla qualità complessiva dei servizi di cura (Bergk et al. 2010, Strout, 2010, Mohr et al., 2003). Le resistenze ideologico-culturali rischiano anche il mancato trasferimento nei reparti del *mainstream* delle buone pratiche intraprese da alcuni SPDC, che pure si sono mossi nella direzione di stilare e applicare linee guida per l'uso consapevole della contenzione maggiormente rispettose degli standard europei e soprattutto quelle di tipo relazionale adottate nella minoranza di SPDC *no restraint*, che rifiuta di ricorrere alle porte chiuse e alla contenzione meccanica.

Tra gli elementi collaterali, che richiedono una specifica attenzione, una posizione di rilievo è da attribuire al connubio indistricabile che si è venuto a creare tra il ricorso al TSO (trattamento sanitario obbligatorio; vedi riquadro) e l'uso della contenzione nei reparti psichiatrici. Per quanto, come è documentabile, il ricorso alla contenzione meccanica si estenda anche ai casi di ricovero volontario, laddove sia presente un'ordinanza pubblica di ricovero i pazienti diventano più vulnerabili rispetto al rischio di essere sottoposti a forme di "trattamento" coercitive che annullino qualsiasi loro forma di volontarietà, rendendoli cioè meno consapevoli, anche dopo le dimissioni, del proprio stato di salute mentale e della necessità di ricoverarsi intenzionalmente in presenza di eventuali fasi future di acutizzazione del proprio malessere psichico (con il rischio connesso di recidività rispetto a nuove disposizioni di TSO).

## Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

Il TSO è stato introdotto nel nostro ordinamento dalle legge 180 del 1978, comunemente denominata “legge Basaglia”, di riforma del sistema manicomiale italiano (poi inglobata nella legge di Riforma Sanitaria n. 833/78 - artt. 33 e seguenti - con la quale è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale). Il trattamento sanitario obbligatorio si contrappone al trattamento sanitario volontario e si attua nei confronti del paziente che rifiuti le cure, e/o non abbia consapevolezza della malattia. Questo tipo di intervento deve essere eseguito utilizzando idonee misure sanitarie extra-ospedaliere e solo nei casi in cui “esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici”. Il TSO può essere eseguito all’interno di strutture ospedaliere (art. 2, L. 180/78). Questa seconda ipotesi, quella che qui più strettamente interessa, è vincolata a una serie di garanzie poste a tutela del paziente: il provvedimento è disposto dal sindaco della città di residenza del degente su proposta di un medico e deve essere controfirmato da un secondo medico appartenente alla struttura sanitaria pubblica, entro 24 ore il giudice tutelare competente deve convalidare il trattamento. Il TSO, almeno nelle sue intenzioni, dovrebbe essere uno strumento che nasce a tutela del paziente e finalizzato, esclusivamente alla salvaguardia della sua salute e della sua sicurezza. Nonostante l’istituto del TSO sia nato a esclusiva tutela del paziente destinatario del provvedimento, le probabilità di un utilizzo scorretto o scarsamente motivato o addirittura abusivo di quel trattamento sono elevate. Che i pazienti ricoverati con TSO siano più a rischio di uso immediato e indiscriminato della contenzione, anche in assenza di una preliminare presa in carico delle esigenze di cura del paziente, oltre che allo stato generalmente più acuto di malessere e alla (pre)percezione immediata di “pericolosità” del paziente da parte del personale, è riconducibile al fatto che in questi casi la contenzione meccanica può essere applicata bypassando ogni considerazione circa la consensualità del paziente al trattamento coercitivo.

L’urgenza sociale di un’indagine che inquadri la contenzione all’interno delle strategie pubbliche di diagnosi e cura psichiatrica, oltre alle ragioni addotte, è stata riscontrata a partire dalla documentazione analizzata (vedi bibliografia), nonché dalla frequenza con la quale si organizzano negli ultimi anni convegni sul tema e, non da ultimo, dal susseguirsi di eclatanti casi di cronaca che hanno contribuito a rompere il silenzio e a destare l’interesse della società civile rispetto a quello che accade all’interno delle strutture “chiuse” dei reparti psichiatrici.

Il presente report rappresenta l’esito di una indagine conoscitiva preliminare (ricerca di sfondo), rispetto alla conduzione del progetto di ricerca più articolato, che ci auguriamo che l’Associazione *A Buon Diritto*, proseguendo la collaborazione scientifica con il Dipartimento di *Comunicazione e Ricerca Sociale* (Sapienza Università di Roma), possa portare a compimento nei prossimi anni. Pertanto, esso rappresenta il primo di una serie di rapporti che *A Buon Diritto* renderà pubblici in materia di contenzione e di diritti violati dei pazienti psichiatrici.

Nel primo capitolo, si analizzano gli aspetti giuridico-legali che si associano alla pratica di legare coercitivamente i degenti psichiatrici nei SPDC. A scopo di completezza, oltre ai riferimenti di legge che ne rendono illegittimo il ricorso, esso ricostruisce il fondamento giuridico che ne consente la sopravvivenza *de facto* e che rende difficoltoso il processo sanzionatorio in caso di abuso. Della stessa contenzione meccanica, il secondo capitolo ricostruisce gli studi sperimentali che, soprattutto in ambito internazionale, sono stati condotti per determinare quali elementi culturali, strutturali, relazionali e individuali (fattori di rischio ed effetti perversi) si associno costitutivamente all’uso – e in particolare a quello frequente e improprio - di tale pratica nella varietà dei servizi psichiatrici destinati al ricovero e alla cura dei pazienti acuti.

Il terzo capitolo riporta e discute dettagliatamente i risultati derivanti dall’analisi interdisciplinare condotta a partire da una serie di interviste a testimoni esperti di diversa area di competenza. Il tessuto connettivo che lega le diverse testimonianze fa emergere considerazioni dotate di un rilievo etico e sociologico che travalica i rispettivi confini disciplinari degli intervistati per avvalorare l’ipotesi secondo la quale la contenzione meccanica, piuttosto che una pratica terapeutica, costituisca da tanti punti di vista una negazione della dignità e dei diritti del paziente psichiatrico, con profonde conseguenze traumatiche sul proprio stato di salute mentale.

L’ultimo capitolo, anch’esso avente carattere empirico, ricostruisce le traiettorie biografiche di alcuni soggetti che nella regione Piemonte hanno vissuto in passato l’esperienza della contenzione. Ancora più che nei precedenti capitoli, la restituzione della voce dei diretti interessati consente di inquadrare precisamente la contenzione meccanica come ultimo approdo all’interno di un percorso complessivo di cura estremamente

accidentato e in cui è la progressiva spoliazione dell'autodeterminazione del paziente psichiatrico nella decisione delle cure cui sottoporsi (TSO, prescrizione di farmaci e altre forme di contenzione) a far apparire in filigrana la processualità che mette in connessione le diverse forme di abuso dei diritti all'interno dell'intero DSM, prima ancora che dentro l'SPDC.

Chiudono il report le conclusioni, impostate in senso prospettico, ad illustrare schematicamente le direttrici future di ricerca che gli interrogativi, rimasti aperti al termine di questa prima indagine di sfondo, suggeriscono di considerare particolarmente urgenti e pregnanti, soprattutto in rapporto alle possibili chance di incidere a livello pragmatico.

L'approccio *dialogico-narrativo* privilegiato in questo primo report di *A Buon Diritto* sui nodi plurimi sollevati dalla pratica della contenzione meccanica in psichiatria risponde alla duplice esigenza embrionale di restituire voce a chi ha maturato competenza sul tema (i ricercatori e gli esperti) e a chi, essendo stato contenuto in passato, può aprire uno spazio riflessivo che altrimenti rimarrebbe affidato a sovrainterpretazioni prive di un ancoraggio forte al piano dell'esperienza vissuta. Il collante di queste voci, riportate in forma scritta in letteratura e in forma orale durante le interviste qualitative condotte, è costituito dalle interpretazioni degli autori e delle autrici delle diverse sezioni del report che, immergendosi in questa fenomenologia sociale, sono determinati/e a proseguire lungo un percorso di indagine che coniugherà progressivamente dati qualitativi e quantitativi, con l'obiettivo finale di contribuire a tracciare percorsi reali volti a 'contenere' la contenzione.





# Cap. 1 - Il quadro giuridico-normativo e i regolamenti sulla contenzione meccanica

di *Valentina Calderone e Lorenzo Fanoli*

## 1.1. Premessa

Il capitolo riassume e illustra i principali aspetti relativi alla contenzione meccanica così come emergono dalle normative, dai documenti istituzionali, dalle regolamentazioni e raccomandazioni di carattere giuridico-sanitario. Vengono inoltre illustrate sinteticamente le normative relative all'istituto del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e dei ricoveri volontari e coatti di tipo psichiatrico in Italia e in alcuni dei principali Paesi europei.

Nella letteratura scientifica (psichiatrica e geriatrica) che se ne è occupata, la contenzione è definita come l'insieme di mezzi fisico-chimici-ambientali che, in qualche maniera, limitano la capacità di movimenti volontari dell'individuo (Belloi, 2000). Pur se anche le altre forme di contenzione, come quella effettuata tramite somministrazione di farmaci, hanno un'indiscutibile rilevanza sia per la loro frequenza di utilizzo sia per i danni che possono causare, è la contenzione meccanica l'oggetto di questo lavoro. La contenzione meccanica in ambito medico è una pratica volta a impedire i movimenti del soggetto tramite una serie di strumenti diversi tra loro. I più utilizzati sono: le fasce con cinghie da avvolgere a polsi e caviglie e successivamente bloccare alle quattro estremità del letto; le fasce poste sul busto del soggetto e fissate al letto; le sponde, o barriere metalliche, ancorate ai quattro angoli del letto; corsetti e fasce per carrozzine. I luoghi di cura in cui viene applicata la contenzione sono molteplici: servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza sanitarie (Rems), servizi di neuropsichiatria infantile, residenze sanitarie assistenziali (Rsa), reparti di medicina, strutture private, comunità terapeutiche. In giurisprudenza, così come in dottrina, non si è ancora giunti a una interpretazione univoca rispetto alla liceità o meno della contenzione meccanica, essendo presenti differenti interpretazioni che qui si intendono illustrare. La necessità di promuovere e stimolare un dibattito sul tema della contenzione nel nostro paese risulta fondamentale in quanto la pratica di legare i pazienti non rappresenta, purtroppo, una eccezione, ma pare invece avere carattere di ordinarietà in molte delle strutture deputate alla cura della persona con disagio mentale<sup>8</sup>. La realtà emergente dall'analisi dei testi e delle testimonianze raccolte, evidenzia l'esistenza di un background culturale largamente diffuso che concepisce ancora la persona affetta da disturbi psichici come soggetto fondamentalmente pericoloso, incapace di intendere e di volere e quindi non pienamente titolare dei diritti e della dignità riconosciute alle persone "sane di mente". In tale contesto la contenzione meccanica si configura come una soluzione radicalmente segregativa, residuo di una cultura manicomiale, che risponde prevalentemente ad esigenze di difesa sociale, rispetto agli aspetti terapeutici che dovrebbero prevalere nella cura e presa in carico della malattia mentale. In tal modo, si realizza una sostanziale discrasia tra il senso e il contenuto delle norme – l'innovazione costituita dalla legge 180 del 1978, cosiddetta legge Basaglia - e la prassi consolidata e diffusa nelle strutture sanitarie. Nell'affrontare questa contraddizione evidente e di non facile soluzione, le istituzioni nazionali, regionali, alcune strutture sanitarie e le comunità professionali sono intervenute in vario modo attraverso la redazione di linee guida, raccomandazioni e regolamenti, mosse dal dichiarato obiettivo di limitare il ricorso e gli effetti patologici della contenzione meccanica e definendo un sistema di protocolli che prevede, tra l'altro, l'istituzione di registri e il monitoraggio continuativo degli eventi. Prima di valutare in quale quadro normativo queste iniziative si inseriscono, bisogna rilevare come, dalle prime ricognizioni realizzate attraverso interviste e raccolte di testimonianze dirette, la pratica della contenzione meccanica risulti tutt'altro che regolata e "tracciabile". Allo stato attuale il gruppo di ricerca non ha evidenze della possibilità di accesso a tali registri da parte di soggetti esterni alle strutture sanitarie e tanto meno l'esistenza di una statistica composta a livello nazionale, ma, al contrario, sono state raccolte

8 La Contenzione: Problemi Bioetici, parere del Comitato Nazionale di Bioetica, 23 aprile 2015, pag. 3

testimonianze riguardanti diversi pazienti psichiatrici i quali, pur essendo stati sottoposti a contenzione, non ne hanno trovato traccia nelle loro cartelle cliniche. L'impressione che emerge da tale quadro è quindi quella di una pratica fortemente diffusa e connotata da elementi di preoccupante inconoscibilità, tanto a livello locale quanto a livello nazionale. Per quanto riguarda il quadro europeo ai fini della ricerca è di particolare interesse la normativa vigente in Gran Bretagna che definisce una serie di protocolli e condizioni per la somministrazione di alcuni trattamenti e terapie psichiatriche, vietando esplicitamente il ricorso ad alcune forme di contenzione meccanica.

## 1.2. Il dibattito giuridico sulla costituzionalità e legittimità della contenzione meccanica

Come prima si accennava non è ancora risolto, sia sotto l'aspetto della giurisprudenza sia della dottrina, il dibattito circa la liceità delle pratiche di contenzione meccanica. Il punto fermo sembra essere rappresentato dal considerare la contenzione una pratica estrema, da attuare solo in casi di assoluta necessità e da interrompere immediatamente nel momento in cui i motivi che l'abbiano causata siano cessati. Più controversa appare, invece, l'individuazione del fondamento giuridico della contenzione, soprattutto alla luce della diversa interpretazione rispetto alla sua natura, o meno, di atto medico. Prima di passare in rassegna le leggi esistenti, le interpretazioni giurisprudenziali e gli articoli del codice riferibili alle cause di giustificazione, appare necessario fare una premessa. La contenzione meccanica viene sovente analizzata partendo dall'individuazione di alcuni casi limite<sup>9</sup> i quali, però, traggono in inganno quando si voglia affrontare questa materia nella complessità di quanto succede quotidianamente nei reparti psichiatrici degli ospedali. Sembra allora convincente, a parere di chi scrive, partire dalla nostra Carta Costituzionale, e da lì dare conto di alcuni ragionamenti che prendono in considerazione evenienze specifiche così come le contraddizioni che le diverse interpretazioni della materia inevitabilmente portano con sé.

### 1.2.1. Gli articoli della Costituzione a tutela della libertà personale e della salute

La Costituzione definisce chiaramente i principi che devono ispirare qualsiasi atto di privazione della libertà, e lo fa nel suo articolo 13 che così recita:

“La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva”.

Legare al proprio letto i pazienti ricoverati nei Spdc, in assenza delle possibili cause di giustificazione che vedremo, è una pratica ascrivibile alla privazione della libertà personale per la quale, come si legge nell'articolo 13, sono previste la riserva di legge assoluta e la riserva di giurisdizione. Questo significa che solo una fonte primaria, quindi una legge dello Stato, può regolare interamente la materia in questione e, in aggiunta, gli atti che implicano la restrizione della libertà devono essere motivati dall'autorità giudiziaria. Non è ammessa alcuna eccezione a questa regola, proprio perché si tratta di un diritto definito inviolabile, e nel nostro ordinamento non troviamo alcun dispositivo che disciplini l'atto di contenere meccanicamente una persona. All'articolo sulla libertà personale si deve aggiungere quello relativo alla libertà di scelta dell'individuo per

.....  
9 Consigliere parlamentare Daniele Piccione, nel corso dell'audizione presso la Commissione per la promozione e la tutela dei diritti umani del Senato del 20 aprile 2016 <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=970882>

quanto riguarda i trattamenti sanitari, i quali posso essere resi obbligatori solo per “disposizione di legge”, come prescrive l’articolo 32 della Costituzione e che “la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. La nostra Costituzione tutela quindi la libertà fisica e di movimento, ma anche la libertà morale, nel senso del rispetto della piena dignità umana e dell’autodeterminazione del singolo. Partire dalla Carta costituzionale, in assenza di riferimenti di legge rivolti a regolare la pratica della contenzione meccanica, può aiutare a orientarsi in una materia così complessa e piena di contraddizioni, pressoché sconosciuta alla maggioranza della popolazione, che spesso ne ignora l’esistenza. Se si guarda alla contenzione meccanica come un atto al di fuori di ogni tipo di regolamentazione, per cui sarebbero eventualmente prescritti limiti e garanzie, si può facilmente capire come questa si configuri come un comportamento umano che, in molti casi, può sfociare nell’abuso determinando una grave degradazione della dignità della persona.

Poiché, tuttavia, la contenzione continua a essere praticata, regolata e giustificata nella normale prassi dalla maggior parte delle strutture sanitarie psichiatriche, appare necessario capire e individuare nelle leggi e nel dibattito che attorno ad essa si è sviluppato, se si possano configurare condizioni, motivi e circostanze particolari che possano in qualche maniera giustificare una limitazione dei principi dell’habeas corpus nei confronti di alcuni soggetti in determinati momenti. Per affrontare questa problematica proviamo a partire dall’interpretazione che, dal nostro punto di vista, appare la più convincente: cioè quella per cui sul piano concettuale e pragmatico non si sarebbero ancora pienamente affermati i principi ispiratori della legge 180/1978. Da questo punto di vista, conviene soffermarsi su un excursus storico della normativa considerando tale legge come vero e proprio spartiacque della cura del disagio mentale nel nostro paese.

### **1.2.2 La legge 180/1978 di riforma del sistema psichiatrico**

Ai nostri fini va considerato che, prima del 1978, l’intero impianto normativo delle leggi in ambito psichiatrico aveva una forte impronta di carattere custodiale, combinando esigenze di difesa sociale a quelle della cura della persona, e privilegiando le prime.

Le norme rispondevano innanzitutto a esigenze di protezione della cosiddetta “parte sana” della società, e di custodia e sorveglianza dei cosiddetti alienati, cioè delle persone affette da disagio psichico. Il panorama complessivo dei servizi psichiatrici, costituiti in applicazione delle norme citate, era tale che, nel 1968, veniva salutata come profondamente innovativa la legge 431 che introduceva il concetto di ricovero volontario a scopo di accertamento e di cura, restituendo al malato mentale almeno una parte dei suoi diritti di individuo e di cittadino. La legge citata ha rappresentato un primo e parziale adeguamento delle normative al mutamento di clima culturale relativo al disagio mentale, ed è rientrata in un processo di riordino del sistema e degli interventi ospedalieri a partire dalla legge 132/68. Le novità più significative hanno annoverato un riordino del sistema ospedaliero e pur mantenendo la netta distinzione tra ospedale generale e ospedale psichiatrico, alcuni passi sono stati compiuti verso un avvicinamento dell’ospedalità psichiatrica a quella generale: la legge prescriveva che ogni Ospedale Psichiatrico contasse da 2 a 5 divisioni, ognuna con non più di 125 posti letto; prevedeva, per la prima volta, l’ammissione volontaria in ospedale psichiatrico, rendendo più facili le procedure di dimissione che nella normativa precedente venivano esclusivamente decise dal personale medico.

Il passo successivo venne compiuto nel 1978, grazie alla legge 180 conosciuta anche come legge Basaglia, dal nome dello psichiatra triestino che la ispirò, la quale ha sancito un vero e proprio cambiamento paradigmatico in tema di salute mentale, ponendo al centro le esigenze della persona e il suo diritto alla salute e alla cura, consegnandole prerogative proprie di soggetto pienamente titolare di dignità e diritti.

Sul piano operativo, la legge abolisce le strutture segregative per le cosiddette “malattie sociali” e istituisce il Trattamento Sanitario Obbligatorio, riaffermando la piena dignità delle persone affette da patologie psichiatriche e, con essa, il principio primario della volontarietà dei trattamenti sanitari. Di conseguenza

viene stabilita l'eccezionalità dei trattamenti sanitari obbligatori, pur utili nel caso in cui la persona non sia in grado di riconoscere il bisogno di essere sottoposta a cure.

L'introduzione degli istituti del trattamento e dell'accertamento sanitario obbligatorio (Tso e Aso) sono confluiti nella legge n. 833 del 1978 di istituzione del Servizio sanitario nazionale, e pongono una seria ipoteca su tutti gli interventi non conformi ai dettami costituzionali circa la libertà personale e di cura. L'articolo 1 comma 4 della legge 180/78 introduce un elemento importante relativo alla ricerca dell'adesione volontaria del paziente ai trattamenti cui viene sottoposto, stabilendo che, in caso di accertamenti e trattamenti obbligatori è necessario adottare "iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato". L'introduzione di questo comma pone seri dubbi circa la legittimità di trattamenti contenitivi prolungati posti in essere senza il consenso del paziente.

La legge Basaglia ha inoltre abrogato esplicitamente gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente 'Disposizioni sui manicomi e sugli alienati', fino ad allora la legge che regolava il trattamento delle persone affette da disagio mentale, stabilendo inoltre l'abrogazione di "ogni altra disposizione incompatibile con la legge". Citare la legge del 1904, e il successivo regolamento del 1909, è importante non solo da un punto di vista storico. Infatti, come vedremo, uno degli argomenti tutt'ora utilizzati da coloro i quali ritengono esistente una norma che legittimi la contenzione, risiede proprio nell'ipotesi che una parte di quella legge sia ancora in vigore.

### **1.2.3 Il Regolamento 615 del 1909 sui manicomi e sugli alienati e le leggi successive**

Il regio decreto n. 615 del 1909 andava a regolare la disposizione di legge n. 36 del 14 febbraio 1904 relativa alle strutture manicomiali, luoghi in cui venivano rinchiusi le persone affette da qualunque tipo di disagio mentale. Tra le numerose indicazioni su modalità di accesso e organizzazione delle strutture, trovava spazio l'articolo 60, interamente dedicato alla pratica della contenzione meccanica:

"nei manicomi debbono essere aboliti o ridotti a casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'Istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione. L'autorizzazione indebita dell'uso di detti mezzi rende passibili coloro che ne sono responsabili di una pena pecuniaria di L.300 fino a L. 1000 senza pregiudizio delle maggiori pene comminate dal Codice Penale. L'uso dei mezzi di coercizione è vietato nelle case di cura private (...)"

Come si può vedere, già oltre cento anni fa si era arrivati a disporre che la contenzione fosse abolita, o quantomeno ridotta a situazioni del tutto eccezionali, in un articolo posto all'interno della legge di disciplina dei manicomi. Al giorno d'oggi, questo articolo viene ritenuto da molti superato nei fatti dalla legge 180 del 1978, nonostante esista una diversa interpretazione data da chi, invece, ritiene pacifico considerare ancora valido l'articolo 60 del regolamento del 1909, in quanto non esplicitamente abrogato dalla legge 180/1978. Per citare una recente interpretazione di un tribunale in tal senso, possiamo rifarci alla sentenza di primo grado del processo per la morte di Francesco Mastrogiovanni<sup>10</sup>, maestro elementare deceduto nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Vallo della Lucania dopo quattro giorni ininterrotti di contenzione meccanica<sup>11</sup>. Il giudice, pur condannando i medici imputati per sequestro di persona e morte come conseguenza del sequestro, scrive nella sentenza che "dal punto di vista normativo, il principale

10 Francesco Mastrogiovanni viene condotto all'ospedale San Luca di Vallo della Lucania in Trattamento sanitario obbligatorio ed entra nel reparto psichiatrico alle 12.30, con una diagnosi da "disturbo schizoaffettivo". Alle ore 14.30 Mastrogiovanni viene legato al letto mani e piedi e resterà bloccato alle sponde di ferro per oltre 80 ore. Morirà intorno all'1.30 del 4 agosto, i sanitari del reparto si renderanno conto del decesso solo alle 7.30 di mattina.

11 Il film 87 Ore della regista Costanza Quatriglio narra gli ultimi giorni di vita di Francesco Mastrogiovanni, utilizzando le immagini dell'uomo riprese dalle telecamere di sorveglianza interne al Spdc e acquisite durante il processo

riferimento di legge è a tutt'oggi l'art. 60 del R.D. 615/1909<sup>12</sup>. Questa interpretazione non viene sostenuta da chi, invece, partendo dall'assunto dell'avvenuta abolizione dei manicomi a opera della legge Basaglia, ritiene impossibile che una legge precedente, svuotata di ogni significato per la scomparsa dell'oggetto normato, possa continuare a produrre effetti relativi a una questione così delicata, e incisiva della libertà della persona, come la contenzione<sup>13</sup>. Quest'ultima interpretazione sembra essere la più accreditata - nonostante il recente pronunciamento giurisprudenziale appena richiamato -, ma in ogni caso, anche tra chi si trovi in accordo rispetto alla non applicabilità del regolamento del 1909, esistono posizioni molto distanti sul fondamento dei metodi contenitivi nel nostro paese, di cui tratteremo nei paragrafi successivi. Dal 1909 in poi il legislatore non è più intervenuto esplicitamente sullo specifico tema della contenzione meccanica, ma sono state promulgate altre norme riguardanti i manicomi e i centri per le cure delle "malattie sociali" che rappresentano evoluzioni, modifiche e specificazioni delle normative in tema di cure psichiatriche.

Tra queste norme troviamo il Decreto luogotenenziale 25 maggio 1916 n.704, relativo alla durata del periodo di osservazione dei militari nei manicomi; il D.P.R. 11 febbraio 1961, n.249 di istituzione dei centri territoriali per le malattie sociali, configurate come strutture di prevenzione e cura del disagio psichiatrico e, di fatto, utilizzate per limitare l'accesso alle strutture manicomiali; infine la legge 431 del 18 marzo 1968, prima citata, attraverso la quale sono stati istituiti i centri di igiene mentale e introdotte alcune tutele nei confronti dei soggetti affetti da malattie psichiatriche e di coloro che vengono dichiarati guariti.

In nessuna di queste norme si fa riferimento esplicito a sistemi di coercizione e contenimento, tema che invece viene affrontato dall'art. 41 della legge n. 354 del 26 luglio 1975, riguardante l'ordinamento penitenziario e dall'art. 82 del successivo DPR n. 230 del 30 giugno 2000 che tale legge regolamenta.

Nella legge del 1975 troviamo scritto che "non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque non vi si può far ricorso a fini disciplinari, ma solo al fine di evitare danni a persone o di garantire l'incolumità del soggetto" mentre il regolamento del 2000 - di molto successivo, quindi, all'entrata in vigore della legge Basaglia - dispone che la coercizione fisica debba essere fatta attraverso "l'uso dei mezzi impiegati per le stesse finalità negli ospedali pubblici". A questo proposito va notato l'aspetto paradossale per cui le strutture penitenziarie sono in qualche modo legittimate a praticare la contenzione fisica secondo le stesse modalità utilizzate "negli ospedali pubblici" i quali, tuttavia, dopo la legge 180 del 1978 risultano privi di qualsiasi riferimento normativo cui attenersi. In ogni caso, indipendentemente dal fatto di concordare sull'avvenuta abrogazione del Regio decreto del 1909 di regolamento dei manicomi da parte della legge Basaglia, le maggiori divergenze rispetto al tema della contenzione emergono relativamente al modo in cui considerare tali pratiche. Legare un paziente all'interno di un ospedale è sempre un reato?

### 1.3. Ulteriori aspetti legislativi contrastanti con le pratiche di contenzione meccanica

Lo spirito della legge 180/1978, ristabilendo la piena titolarità dei diritti civili dei cittadini affetti da disturbi psichici, conferma quanto già stabilito nel codice penale rendendo il ricorso ingiustificato a mezzi di contenzione illecito, fino a configurare alcune gravi ipotesi di reato quali la violenza privata, l'abuso di mezzi di correzione e disciplina, i maltrattamenti ripetuti, l'abbandono di incapace, fino al sequestro di persona. In sostanza, i soggetti sottoposti contro la loro volontà a contenzione meccanica si troverebbero nelle condizioni oggettive di coloro i quali subiscono abusi e lesioni fisiche e psichiche, che si configurano come attentati all'integrità personale. Inoltre tali abusi presenterebbero la condizione aggravante dell'essere commessi da

12 Sentenza n. 825/2012, Tribunale Vallo della Lucania, pagina 31.

13 Tra tutti, M. Massa, La contenzione. Profili costituzionali: diritti e libertà, in *Il nodo della contenzione*, a cura di Stefano Rossi, Edizioni Alfabeta Verlag, Merano 2015.

persone responsabili della custodia della persona interessata. In particolare, le fattispecie di reato sono definite dagli articoli 610, 571, 572, 591, 605 del Codice Penale i quali disciplinano i reati prima ricordati.

Inoltre, nelle circostanze in cui da questi comportamenti derivassero conseguenze drammatiche - come la morte del paziente a seguito di contenzione meccanica - possono configurarsi le varie fattispecie di omicidio, fino ad arrivare al reato di omicidio preterintenzionale.

A tale proposito è necessario richiamare la già citata sentenza relativa alla vicenda di Francesco Mastrogiovanni, morto in conseguenza della prolungata contenzione meccanica tra il 31 luglio e il 4 agosto del 2009.

Nella motivazione della sentenza di primo grado depositata il 27 aprile 2013, il giudice afferma che la contenzione non può essere ritenuta illecita in quanto tale, ma lo diventa solo in assenza di condizioni giustificative, ovvero nel caso di mancato rispetto dei limiti di applicazione. Il giudice precisa che la contenzione è un atto medico in quanto solo i medici possono disporla e revocarla ed è inoltre emersa l'assoluta impreparazione (in senso scientifico e terapeutico) degli infermieri rispetto alle misure da adottare nei confronti di pazienti sottoposti a pratica coercitiva. Il giudice parla di «alterazione verificatasi nel processo di formazione della volontà degli infermieri» a causa del frequente utilizzo della contenzione nel reparto Spdc dell'ospedale San Luca e dell'assenza del prescritto registro delle contenzioni e della cartella infermieristica. Per il giudice l'ordine di contenere Mastrogiovanni, di per sé legittimo, non lo era in concreto dal momento che mancava il presupposto dell'aggressività di Mastrogiovanni (come le immagini del sistema di videosorveglianza proiettate nel corso del processo hanno ampiamente documentato). Quella per la morte di Mastrogiovanni è stata la prima sentenza in Italia in cui dei medici sono stati condannati per sequestro di persona a seguito dell'utilizzo della contenzione<sup>14</sup>.

### **1.3.1 La contenzione come atto terapeutico?**

I critici dell'utilizzo dei mezzi di contenzione partono dal presupposto che la contenzione meccanica non rientri all'interno di atti che possano considerarsi medici e terapeutici ma, su questo punto, la posizione ufficiale tanto della Società italiana di psichiatria (Sip) quanto della Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia (IPASVI) sono discordanti. Le due categorie rappresentative dei lavoratori che si occupano di cura e assistenza delle persone con disagio psichico, tendono a considerare la contenzione, pur ritenendo di doverla grandemente limitare e sottoporla a rigida regolamentazione, un atto di natura medica e quindi utilizzabile in alcune, particolari, situazioni. In due recenti audizioni presso la Commissione per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato sono intervenuti il presidente della Sip, professor Bernardo Carpiello, e la presidente dell'Ipasvi, dottoressa Barbara Mangiacavalli. Il professor Carpiello rileva come la contenzione fisica in psichiatria sia spesso attuata senza - o addirittura contro - il consenso informato del paziente che la subisce, mentre in altre discipline mediche, come la chirurgia, la contenzione ricade all'interno di pratiche complesse, ad esempio l'immobilizzazione in terapia intensiva, e nelle quali soprattutto "la natura sanitaria dell'atto ha un maggior grado di certezza"<sup>15</sup>. Il presidente della Sip ha trattato nel suo intervento il tema della liceità dell'uso della forza in psichiatria, nei casi di prevenzione della violenza imminente o applicazione forzosa di una disposizione dell'autorità, richiamando il confine sottile che può separare necessità di presa in carico e questioni di pubblica sicurezza. In ogni caso, Carpiello ha affermato come la pratica della contenzione sia disapprovata dagli psichiatri e ritenuta da abolire e inoltre, più che le condizioni cliniche del soggetto che vi è sottoposto, sono decisive la formazione del personale e l'assetto logistico e organizzativo in cui si opera. La dottoressa Mangiacavalli, in rappresentanza della categoria degli infermieri, evidenzia come la contenzione, oltre a rappresentare una limitazione della libertà della persona, rischia di essere fortemente lesiva per il paziente dal punto di vista fisico come anche sul piano

14 Il 15 novembre 2016 è stata pronunciata la sentenza di appello, che ha riformato la precedente di primo grado. Le condanne ai medici sono state confermate anche se la pena è stata diminuita, mentre sono stati condannati gli infermieri che erano stati assolti durante il processo di primo grado.

15 A questo link, il resoconto dell'audizione <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&id=976203>

psicologico, tanto per il paziente quanto per i familiari<sup>16</sup>. L'Ipasvi ha rivolto maggiore attenzione, nel corso degli ultimi anni al tema della contenzione, producendo documenti e approfondimenti, ed è inoltre la sola categoria a fare, all'interno del proprio codice deontologico, esplicito riferimento alla contenzione<sup>17</sup>. In ogni caso, la dottoressa Mangiacavalli definisce la contenzione come “un particolare atto sanitario-assistenziale” e lo riconduce alle pratiche terapeutiche previste nel profilo professionale dell'Infermiere, secondo quanto disposto dal Decreto ministeriale 739/94.

### **1.3.2. La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici**

Come già accennato, il percorso di riforma indicato dalla legge Basaglia, a distanza di quasi quarant'anni dalla sua introduzione, non è ancora completamente compiuto. Questo si deve principalmente alla mancata, o quantomeno parziale, adesione al modello culturale di psichiatria cui la norma si ispirava. Negli ultimi anni, poi, la crescente richiesta di controllo sociale ha determinato, nonostante il rifiuto di molti psichiatri a incarnare il ruolo di controllori, un ulteriore cambiamento nel modo in cui la presa in carico dei pazienti psichiatrici viene eseguita nonché un relativo peggioramento rispetto alla percezione sociale della malattia mentale. Questioni organizzative, diminuzione dei posti letto, personale sotto dimensionato, scarsa attenzione alla formazione, tagli alle risorse e limitata integrazione dei servizi territoriali, sono tutti fattori che hanno contribuito a un peggioramento dell'offerta complessiva rivolta ai pazienti psichiatrici e alle loro famiglie. A questo scorcio, già di per sé preoccupante, si deve aggiungere la questione riguardante la posizione di garanzia, un obbligo in capo a soggetti cui sono affidate per motivi di cura delle persone e il cui compito prevede anche di attivarsi per impedire che fatti pericolosi o lesivi accadano. Sono quindi dei soggetti garanti, con l'obbligo di garantire gli interessi delle persone sotto la loro tutela e responsabili per la loro incolumità. La posizione di garanzia deve intendersi più come una posizione di protezione, piuttosto che una posizione di controllo<sup>18</sup>, in un'ottica di presa in carico e cura del soggetto, come è proprio delle attività terapeutiche e, quindi, di quelle dello psichiatra. Negli ultimi anni, come riporta una ricerca condotta da Giandomenico Dodaro, la magistratura e in particolare la Corte di Cassazione, pare abbiano inasprito i giudizi in merito alle responsabilità di medici psichiatri chiamati a rispondere di eventi lesivi a danno di pazienti sottoposti alle loro cure, anche se il campione di provvedimenti analizzato (44, tra sentenze e ordinanze, relative a 36 vicende giudiziarie nell'arco temporale dal 1978 al 2010) non può portare a trarre conclusioni affrettate e allarmistiche. Dei 36 processi studiati, 17 si sono conclusi con una condanna e 12 di queste sentenze sono state emesse nel periodo 2001-2010 e le condanne definitive in Corte di Cassazione sono state 8, tutte relative all'ultimo decennio. La posizione di garanzia va a configurarsi solo nel caso in cui, come dicevamo prima, lo psichiatra si renda responsabile di comportamenti omissivi e trova il suo fondamento nell'articolo 40 secondo comma del codice penale per cui “non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”. Si rileva, quindi, come esistano vincoli di tutela in capo a particolari categorie di soggetti investite di obblighi di garanzia nei confronti delle persone loro affidate. Uno psichiatra, a seconda dei diversi indirizzi della giurisprudenza, può essere chiamato a rispondere per una serie di eventi, come aver provocato la morte del paziente, o averne peggiorato le condizioni di salute, non avere evitato che il paziente facesse danni a terzi o non averne impedito il suicidio. Il rischio connesso a una percezione, da parte del medico psichiatra, di essere investito di una eccessiva responsabilità può portare a un atteggiamento definito come “medicina difensiva”, nel senso che il professionista attua delle scelte che tendono più a tutelare sé stesso dall'eventualità di incappare in un procedimento penale, piuttosto che il paziente sottoposto alle sue cure. Il codice di deontologia medica, al suo articolo 3, ritiene che “dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana”. Proprio all'interno di questa attribuzione di doveri viene

16 A questo link, il resoconto dell'audizione <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SommComm&leg=17&cid=982445>

17 Articolo 30, codice deontologico dell'Infermiere: “L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”

18 La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto, pag. 56, a cura di Giandomenico Dodaro, Franco Angeli, Milano 2011

fatta discendere, da chi la ritiene lecita, l'obbligatorietà della contenzione per prevenire o impedire danni alla salute del proprio paziente<sup>19</sup>. Di segno opposto è l'interpretazione di chi ritiene che la contenzione possa configurare un illecito penale, giudicabile per i reati sopra elencati, anche se non punibile in presenza di alcune cause di giustificazione.

#### **1.4. Gli argomenti giuridici e giurisdizionali a sostegno della liceità di pratiche contenitive in casi particolari**

Come già anticipato, una parte della dottrina e della giurisprudenza relativa alla contenzione considera ammissibile tale pratica, somministrata in determinate condizioni ed entro un quadro specifico di garanzie per il paziente, e quindi non sanzionabile tout court.

Si tratta di argomentazioni che si basano da un lato su una sorta di "interpretazione letterale" delle norme contenute nella legge 180/1978 che, non avendone direttamente fatto menzione, non comporterebbe l'attribuzione di illiceità di tale pratica e dall'altro da considerazioni di contesto che renderebbero giustificabile l'utilizzo di pratiche contenitive in base a ragioni di necessità e rischio diretto per l'incolumità di pazienti e/o di persone con cui esso possa entrare in contatto.

Secondo quest'ultima interpretazione, il ricorso alla contenzione meccanica, anche se si configurasse come pratica non di per sé lecita, risulterebbe penalmente non punibile se utilizzata in condizioni di emergenza e pericolo.

In ogni caso va comunque sottolineato che, anche nei documenti che ne giustificano in casi estremi il loro utilizzo, le pratiche contenitive vengono definite come eccezioni non desiderabili che devono essere sottoposte a rigidi controlli, al rispetto di precisi protocolli e a obblighi di registrazione. Le cause di giustificazione vanno ricercate in alcuni articoli del Codice Penale e le principali sono l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere (art.51); lo stato di necessità (art.54) e la legittima difesa (art.52). La dottrina ha teso a privilegiare le ultime due ipotesi giustificative, considerando l'applicabilità della scriminante dell'adempimento di un dovere indice di una concezione di un rapporto sbilanciato tra medico e paziente psichiatrico, in cui il secondo non si vedrebbe riconosciuto un ruolo paritario, da far valere anche nelle decisioni che riguardano il proprio percorso terapeutico<sup>20</sup>. La riforma della psichiatria che prende il nome da Franco Basaglia, infatti, ha avuto questo punto tra i temi principali: ridare dignità alla persona con disagio psichico, a partire proprio dalla condizione di parità che deve esistere tra medico e paziente, in cui il divario costituito dalla differente competenza scientifica non si deve tramutare in un rapporto asimmetrico di prevaricazione<sup>21</sup>. Anche la giurisprudenza, in più di una situazione, ha richiamato le cause di giustificazione prima citate a supporto della non punibilità dei soggetti che mettono in atto misure contenitive.

Il Tribunale di Pordenone, con sentenza n. 39/1992, ha escluso la punibilità per il reato di violenza privata dell'infermiere che aveva impiegato la contenzione fisica sull'assistito confuso in assenza di prescrizione medica, ma in situazione di comprovata necessità nell'adempimento del dovere di somministrare una terapia endovenosa (art.51 c.p.) e il Tribunale di Cagliari, sez. GIP con sentenza n. 934/2012, ha escluso la punibilità dei sanitari che hanno applicato la contenzione a un paziente violento. Dalla sentenza del tribunale di Cagliari: "L'art.54 c.p. afferma la non punibilità di chi ha commesso un fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale e non altrimenti evitabile di un danno grave alla persona, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. In tal caso la contenzione deve apparire nel

19 Tra tutti, C. Sale, *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2014, pag. 5.

20 Giandomenico Dodaro, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it)

21 La Contenzione: Problemi Bioetici, parere del Comitato Nazionale di Bioetica, 23 aprile 2015



caso concreto urgente, necessaria e priva di alternative valide a scongiurare il pericolo attuale per l'incolumità fisica. Il principio di proporzionalità richiama la necessità che la motivazione alla contenzione fisica sia sempre adeguata alla situazione reale e attuale. È opportuno ricordare che lo stato di necessità non rende lecito ciò che è illecito (restrizione della libertà), ma lo rende 'impunibile' per il contesto in cui tale atto viene compiuto"<sup>22</sup>.

In ogni caso, anche i professionisti e gli operatori sanitari che sostengono la legittimità di tale pratica concordano sul fatto che la contenzione fisica non deve essere un metodo abituale di accudimento, né una misura punitiva, e tantomeno può essere giustificata da carenze organizzative della struttura ospitante. Infatti, la valutazione circa la sussistenza dello stato di necessità deve essere eseguita in maniera rigorosa, non potendo in alcun caso essere giustificata la contenzione, se i motivi che hanno causato lo stato di agitazione del paziente derivino dal comportamento "colpevole" di chi ha un ruolo nell'organizzazione del servizio e del personale<sup>23</sup>. Come ribadisce anche il Comitato nazionale di bioetica nel parere prima citato, lo stato di agitazione di un paziente non rappresenta una causa giustificativa di per sé, ma è necessaria la presenza di un "pericolo grave e attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi"<sup>24</sup>. Quando il pericolo viene meno, anche la contenzione deve immediatamente cessare. Aderire a questa interpretazione circa l'utilizzo della contenzione per intervenuto stato di necessità, porta alcuni osservatori ad affermare che la contenzione non sia un atto sanitario, ma uno "strumento straordinario per fronteggiare situazioni di pericolo", che mai dovrebbe avere carattere di normalità all'interno di reparti e luoghi di cura rispettosi dei principi clinici e normativi della legge 180/1978<sup>25</sup>.

## 1.5. Prassi, documenti istituzionali e regolamentazioni

Se, come emerge da quanto sopra riportato, sul piano strettamente legislativo la contenzione meccanica nei trattamenti psichiatrici parrebbe essere una pratica generalmente illecita, giustificata solo in casi di eccezionale pericolo per l'incolumità del paziente e delle persone che gli stanno intorno, la prassi racconta, invece, una realtà molto diversa. Pur non avendo a disposizione ricerche recenti ed evidenze empiriche che illustrino l'effettiva diffusione della contenzione meccanica di pazienti psichiatrici, più di un indizio concorre a far pensare che il suo ricorso non sia da considerarsi eccezionale.

Lo studio più significativo a livello nazionale è la ricerca "Progres- Acuti", promossa dall'Istituto superiore di Sanità nel 2004, cui hanno partecipato tutte le regioni italiane eccetto la Sicilia, e che ha indagato le caratteristiche e i modelli operativi dei servizi per acuti. Dalla ricerca emerge che l'80% dei Spdc tengono chiusa la porta del reparto e che la maggior parte dei servizi è dotata di mezzi per praticare la contenzione, anche se non si è riusciti a ricostruire il numero delle contenzioni, i motivi e la loro durata<sup>26</sup>. Su quest'ultimo punto, sono importanti i risultati di un'altro studio, questa volta a carattere regionale, condotto sugli SDPC dell'area metropolitana di Roma, a cura del coordinamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Lazio nel 2005<sup>27</sup>. La ricerca si è concentrata sul monitoraggio delle contenzioni meccaniche effettuate

22 Mauro Marin, Assistenza senza contenzione, <https://personaedanno.it/liberta-costituzionali/assistenza-senza-contenzione-mauro-marin>

23 Giandomenico Dodaro, Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario, in Rivista Italiana di Medicina Legale, 2011, p. 1483 ss.

24 La Contenzione: Problemi Bioetici, parere del Comitato Nazionale di Bioetica, 23 aprile 2015, pag. 3

25 Giandomenico Dodaro, ...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria, di Giovanna Del Giudice, Edizioni AlphaBeta Verlag, Merano 2015, pag. 331

26 Giuseppe Dell'Acqua e altri, Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres-Acuti", in Giornale italiano di psicopatologia, 2007, consultabile al seguente link: <http://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/08/DellAcqua.pdf>

27 Pietro Sangiorgio, La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma, in P. Sangiorgio e G.M. Polselli (a cura di), Matti da (non) legare, Alpes, Roma 2010, pp. 1-40.

all'interno di 23 Spdc e tutti i reparti tranne uno hanno effettuato delle contenzioni. Nel periodo considerato i pazienti ricoverati sono stati 3130 e di questi 297 sono stati legati anche più volte, dato che il numero totale delle contenzioni è risultato essere pari a 581. La durata minima della contenzione è stata di 20 minuti, la massima di 216 ore: significa che una persona è rimasta legata al letto per 9 giorni consecutivi. Inoltre, il numero di paziente contenuti non in regime di trattamento sanitario obbligatorio è risultato molto alto e, nel 34% dei casi, si è invocato l'articolo 54 del codice penale, quello "stato di necessità" di cui si parlava prima.

Oltre a queste ricerche, vi sono poi diverse testimonianze, pubblicazioni e documenti ufficiali che testimoniano di un fenomeno tutt'altro che residuale.

Di fronte a questa situazione, una semplice disamina degli aspetti strettamente giuridici non è sufficiente a illustrare l'intero quadro che regola (o non regola) la contenzione meccanica. È quindi necessario aprire più di una finestra riguardante sia alcuni significativi documenti di carattere istituzionale, sia i regolamenti e le linee guida redatte da alcune strutture sanitarie e dalla comunità medica.

### **1.5.1. I Documenti e le linee guida istituzionali**

In primo luogo per la sua importanza, significatività e attualità va richiamata la presa di posizione del Comitato Nazionale di Bioetica dell'aprile 2015. Il documento: "la contenzione: problemi bioetici" prendendo in considerazione il tema della contenzione presso pazienti psichiatrici e anziani si focalizza sulla contenzione meccanica come fenomeno critico rilevante. Il Comitato Nazionale di Bioetica ribadisce l'orizzonte del superamento della contenzione nell'ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della pienezza dei diritti della persona. Il CNB, partendo dalla considerazione e constatazione che la pratica di legare i pazienti contro la loro volontà sia tutt'altro che residuale nella realtà italiana, afferma la necessità di una forte attenzione da parte delle istituzioni politiche, strutture e operatori del mondo sanitario affinché si prendano tutte le iniziative e misure necessarie perché la contenzione meccanica rappresenti effettivamente una *extrema ratio* e, venga al più presto abolita del tutto.

Sul piano giuridico, secondo il CNB, si sottolineano i limiti rigorosi della contenzione in quanto potenzialmente lesiva dei diritti fondamentali della persona e si ritiene che anche nei casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio debba avvenire solo in casi di reale necessità, urgenza, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi.

Un altro documento cui riferirsi potrebbe essere il Piano di azioni nazionale della salute mentale 2013 predisposto dal ministero della Salute a seguito di una consultazione e di una collaborazione coordinata con il Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale (GISM) della Commissione Salute della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che definisce il quadro complessivo dell'organizzazione e del funzionamento dei sistemi territoriali socio-sanitari per la prevenzione e la cura della malattia mentale.

In tale documento, all'interno del quale è contenuta anche un'ampia articolazione di definizioni relative ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), non vi è, tuttavia, alcuno specifico riferimento alla contenzione meccanica, e solo nel caso dei trattamenti psichiatrici ospedalieri vi è un richiamo alla necessità di implementazione delle raccomandazioni nazionali su TSO, contenzione fisica, prevenzione del suicidio.

Ben più significativi e direttamente cogenti ai fini della ricerca in corso risultano due documenti coordinati: i riferimenti alla contenzione in psichiatria contenuti nel XVI report del Comitato Europeo per la prevenzione della Tortura del 2006 e le linee guida e le successive raccomandazioni elaborate dalla Conferenza Stato Regioni del 29 luglio 2010.

Questi documenti verificano e assumono la criticità evidente di un utilizzo abnorme dei mezzi di contenzione e si pongono l'obiettivo di limitarne progressivamente il ricorso fino al raggiungimento di un livello di

contenzione zero. Particolare importanza rivestono le sette raccomandazioni emanate dalla conferenza Stato Regioni, le quali indicano precise misure e disposizioni di monitoraggio, trasparenza, formazione del personale, controllo costante e miglioramento continuo della qualità delle cure, costituendo l'ossatura di una strategia di prevenzione nell'utilizzo di pratiche di contenzione in psichiatria. L'European Committee for the Prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment nel XVI "General Report on the CPT activities" (2006) nella sezione "Means of restraint in Psychiatric Establishment"<sup>28</sup>, dedicata ai problemi della contenzione negli istituti psichiatrici, giunge alla conclusione che in molti istituti vi è un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione meccanica. Il report rileva inoltre che in molte strutture psichiatriche italiane visitate dal CPT si fa ricorso alla contenzione per motivi di comodità dello staff e per "mettere al sicuro" i pazienti "difficili" mentre vengono espletate altre attività. Il CPT contesta l'argomentazione secondo la quale la carenza di personale renderebbe necessario un aumento delle contenzioni argomentando che, al contrario, la messa in atto di una corretta contenzione richiederebbe un numero maggiore di operatori. Il documento rileva che, in generale, l'intervento rivolto a ogni singolo paziente dovrebbe essere il più possibile proporzionato alla situazione: per esempio, il ricorso automatico alla contenzione meccanica e chimica non è ammissibile nei casi in cui un breve periodo di controllo manuale (contenzione fisica) associato all'uso di mezzi psicologici (interazione verbale e convinzione) sarebbe sufficiente a calmare la persona. In generale, si afferma nel documento, la contenzione di un paziente dovrebbe essere messa in atto come estrema ratio, per prevenire una imminente offesa o per ridurre uno stato di grave agitazione psicomotoria. Questi interventi devono però essere di brevissima durata e accettati solo se inseriti in un progetto terapeutico che presupponga una presa in carico efficace e continuativa da parte dei servizi.

I risultati del Report del CPT sono stati presi in considerazione, sulla base di un parere del Gruppo Interregionale per la salute mentale, dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome la quale, nel documento "Contenzioni in psichiatria: una strategia possibile per prevenire" del luglio 2010, afferma che "è possibile porsi realisticamente l'obiettivo di eliminare la contenzione fisica dalla pratica psichiatrica solo nell'orizzonte di una prevenzione dei comportamenti violenti nei luoghi di cura, grazie al potenziamento delle buone pratiche per evitarli o uscirne rapidamente"<sup>29</sup>. Il documento si conclude con sette raccomandazioni il cui "obiettivo finale è che tutte le Regioni si attivino per introdurre nell'assistenza psichiatrica le modificazioni (di conoscenze, di gestione, di organizzazione) in grado di portare al valore zero, in modo stabile e sicuro, il numero delle contenzioni praticate nei Servizi di salute mentale".

### **1.5.2. Disposizioni e regolamenti regionali e sanitari in tema di contenzione meccanica**

Insieme all'identificazione degli obiettivi per limitare il ricorso a pratiche coercitive, il documento elaborato dalla Conferenza Stato e Regioni pone l'accento sul fatto che la pratica della contenzione meccanica risulta diffusa e poco conosciuta sul territorio nazionale. Anche per quanto riguarda le dannose conseguenze della contenzione, è ancora impossibile riuscire a stabilire quante persone ne subiscano gli effetti ogni anno. Al di là dei casi di decessi diventati noti anche grazie all'opera dei famigliari e dei mass media – come la vicenda di Francesco Mastrogiovanni e di Giuseppe Casu – non si conoscono le storie, e non si sa quindi quantificare il fenomeno, di quanti vengono trasferiti nei reparti di urgenza e di rianimazione a seguito delle conseguenze delle contenzioni subite<sup>30</sup>.

Nel corso degli ultimi anni, sempre più regioni, aziende sanitarie o singoli presidi ospedalieri, hanno cercato di regolamentare le pratiche di contenzione attraverso l'emanazione di documenti, raccomandazioni e linee guida.

Innanzitutto ci si può riferire a documenti emanati da alcune regioni, sia nell'ambito dei loro piani sanitari

28 Consultabile a questo link: [http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm#\\_Toc147633167](http://www.cpt.coe.int/en/annual/rep-16.htm#_Toc147633167)

29 Consultabile a questo link: <http://www.regioni.it/conferenze/2010/08/02/doc-approvato-psichiatria-contenzione-fisica-una-strategia-per-la-prevenzione-104535/>

30 Giovanna Del Giudice,...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria, Edizioni Alphabeta Verlag, Merano 2015, pag. 89.

sia in iniziative specifiche. Il quadro complessivo che emerge, almeno per le regioni che hanno prodotto documenti a riguardo, è che le pratiche di contenzione meccanica sono tutt'altro che residuali e anzi sono spesso diffuse con scarsi o nulli controlli, verifiche e protocolli di monitoraggio.

Sulla base di questo contesto, gli obiettivi dichiarati di tali documenti riguardano da un lato la necessità di adottare strategie affinché venga limitata la diffusione della contenzione meccanica, e dall'altro la predisposizione di linee guida e procedure di registrazione a tutela della trasparenza delle cure e della salvaguardia della salute dei pazienti.

Di seguito, e sinteticamente, indichiamo le principali iniziative regionali conosciute. Tra di esse è particolarmente interessante e stringente la circolare specifica emessa nel 2009 da parte della regione Emilia Romagna che definisce in maniera puntuale le attività di monitoraggio e di prevenzione delle pratiche contenitive in psichiatria. In questo documento vengono indicate specifiche prescrizioni a uso dei DSM e dei SPDC per la gestione, registrazione, monitoraggio e prevenzione degli episodi che determinano il ricorso alla contenzione.

### 1.5.2.1. Le disposizioni Regionali

Alcune Regioni, nell'ambito di Piani Sanitari Regionali o di iniziative specifiche hanno affrontato la questione contenzione negli ultimi anni.

La regione Toscana, attraverso il PSR 2008-2010 proibisce l'uso della contenzione fisica e ordina il monitoraggio delle prescrizioni psicofarmacologiche che potrebbero assumere il significato di contenzione chimica.

La regione Piemonte, attraverso il PSSR 2009-2011 sottolinea la necessità di non praticare la contenzione fisica<sup>31</sup>.

La regione Puglia ha promosso un progetto finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza nei Spdc. Sul tema della contenzione meccanica l'obiettivo è di produrre raccomandazioni su come evitarla.

La regione Emilia Romagna, attraverso una circolare del 22 ottobre 2009 della Direzione generale sanità e politiche sociali, detta la "Disciplina delle contenzioni fisiche presso i SPDC del DSM-DP"<sup>32</sup>, con l'obiettivo di ridurre il più possibile la contenzione e, a tal fine, prescrive un monitoraggio puntuale del fenomeno.

La regione Sardegna, attraverso il DGR 51/41 del 20 dicembre 2007 ha impartito alcune direttive ai Dsm finalizzate all'abbattimento dei fattori di rischio per l'aggravamento dei disturbi mentali e il ricorso al TSO.

La regione Lombardia ha stabilito l'obbligo per tutti i DSM di redigere un protocollo scritto per regolare la procedura della contenzione meccanica.

La regione Lazio nel 2009, tramite il Dipartimento Sociale, ha attivato il programma "Strategie per la prevenzione delle contenzioni fisiche in situazioni di emergenza psichiatrica".

Da questo elenco si deduce che non sono numerosi gli atti ufficiali delle Regioni che hanno come oggetto la contenzione fisica dei pazienti psichiatrici, ma va comunque rilevata una confluenza di quelli disponibili su una politica di prevenzione e riduzione della contenzione fisica.

31 Della regione Piemonte, in quanto territorio oggetto di indagine approfondita di questa ricerca, si riporta in appendice una tavola che riporta i SPDC operanti e le caratteristiche principali (cfr. Appendice 1.1.).

32 [http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/normativa/dal-2005-al-2009/direttiva\\_contenzione\\_22\\_ottobre\\_2009.pdf](http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/normativa/dal-2005-al-2009/direttiva_contenzione_22_ottobre_2009.pdf)

### 1.5.2.2. I regolamenti sanitari

A completamento del quadro normativo e regolamentare del nostro Paese vanno considerati i protocolli definiti e adottati in ambito ospedaliero e socio-sanitario. Questi documenti rappresentano - o dovrebbero rappresentare - le misure dettagliate cui attenersi nei casi di applicazione delle misure contenitive.

Si tratta di documentazione di grande interesse anche perché necessariamente conosciuta e diffusa tra i medici e il personale socio-sanitario immediatamente in relazione con i pazienti, e quindi responsabili in prima istanza delle loro condizioni di trattamento e cura.

Tali documenti rappresentano le linee guida e le prescrizioni che i professionisti e gli operatori sanitari devono considerare e rispettare in tema di contenzione a partire da alcuni assunti di base:

Il principio di fondo enunciato in tutti i documenti secondo il quale la pratica della contenzione fisica<sup>33</sup> deve essere, di fatto, abolita perseguendo l'obiettivo di un livello zero di pratiche contenitive; tale principio costituisce una delle condizioni fondamentali nella conduzione dei reparti che devono essere luoghi in cui:

- venga garantita la massima serenità di pazienti, familiari e operatori e, in tal senso, la possibilità che i pazienti possano essere oggetto o testimoni di episodi di contenzione rappresenta un fattore critico capace di generare sensazioni di avvilitamento, paura, insicurezza;
- si stabilisca di un clima relazionale positivo tra operatori pazienti e familiari.

Inoltre il superamento del ricorso a pratiche di contenzione corrisponde anche una diversa concezione del paziente psichiatrico come persona titolare di tutti i diritti della persona e non più "un matto da legare" e della figura dello psichiatra che non può essere percepito come "il medico che lega".

L'assunzione dell'obiettivo da parte dei dipartimenti. La possibilità che l'obiettivo ambizioso di un livello zero di contenzione possa essere raggiunto in un reparto di psichiatria necessita dell'assunzione di un impegno formale da parte dei DSM che deve essere esplicitato nei documenti che regolano l'offerta e le strategie di cura.

La definizione di un sistema di garanzie per i pazienti. La situazione attuale è tale, da rendere poco realistico poter raggiungere immediatamente l'obiettivo di evitare la pratica della contenzione; ciò rende necessario accompagnare l'assunzione forte di questo impegno con l'adozione, in ogni caso, di un preciso quadro di garanzie scritte, che costituisca un patto tra il DSM e la sua utenza e, insieme, uno strumento di crescita culturale, etica e scientifica degli operatori.

Si tratta di documenti che affrontano direttamente e operativamente il tema della contenzione contestualizzandolo sul piano delle metodiche, delle raccomandazioni sul suo utilizzo, delle normative e delle regole da considerare e applicare. In estrema sintesi, gli argomenti che vengono trattati sono i seguenti:

- le definizioni operative e descrizione dei mezzi di contenzione (definizione, efficacia, tipologia e classificazione);
- le raccomandazioni generali rispetto all'uso della contenzione (si tende ad affermare la necessità e l'obiettivo della riduzione del ricorso alla contenzione);
- l'indicazione di possibili soluzioni alternative;

.....  
<sup>33</sup> Va segnalato che in diversi documenti (ad es. "Gestione della contenzione fisica in pazienti psichiatrici" Osp. Carlo Poma Mantova) la formulazione adottata è la seguente: "contenzione fisica attraverso presidi meccanici sulla persona"

- le definizioni e argomentazioni in tema di sicurezza ambientale, relazione con la persona violenta, le tecniche di riduzione della probabilità di un agito, la difesa personale;
- la descrizione delle procedure e delle manovre operative di contenzione;
- gli aspetti normativi;
- gli eventi indesiderati e indesiderabili e le misure per evitarli.

Si considera di particolare interesse la tavola qui di seguito riportata, contenuta nel regolamento procedurale sulla contenzione elaborato dall’Azienda Ospedaliera Pappardo Piemonte di Messina, che indica la sequenza delle azioni, le risorse coinvolte e i soggetti “destinatari delle azioni”.

**Tav. 1.1. – Regolamento procedurale sulla contenzione elaborato dall’Azienda Ospedaliera Pappardo Piemonte di Messina: Azioni di contenzione, risorse, destinatari**

PROCEDURA		
AZIONI	RISORSE	DESTINATARI
Identificazione delle persone che necessitano di contenzione per l’adesione al trattamento: - Raccolta dati all’ingresso - Valutazione dello stato di coscienza - Valutazione del grado di collaborazione	Medico Infermiere Scheda infermieristica	Pazienti affetti da: Malattie S.N.C. (m. di Parkinson etc. Cirrosi epatica Stato confusionale Sindromi Tossico Carenziali (alcolismo, stupefacenti) Malattie psichiatriche Terapia intensiva in pazienti con alterazione dello stato della coscienza, portatori di protesi respiratoria e accessori, Venosi Centrali/ Cateteri vescicali o altri presidi invasivi
Informazione al paziente e ai suoi famigliari: Spiegare l’importanza e la necessità dell’esecuzione della terapia Rassicurare il Paziente	Medico Infermiere	
Ratifica dell’uso del mezzo di contenzione: Scelta del mezzo di contenzione adeguato; Bracciale di contenzione; Spondine per il letto;	Medico Infermiere Diario infermieristico	
Utilizzo del mezzo di contenzione: Scelta del mezzo di contenzione Bracciale di contenzione Spondine per il letto	Infermiere Mezzi di contenzione	
Posizionamento dei mezzi di contenzione: Bracciale: Avvolgere il bracciale attorno al polso del paziente in modo che non sia troppo stretto, fissandolo al letto così che il paziente abbia libertà di movimento; Spondine: applicarle al letto assicurando che siano fissate correttamente	Infermiere Oss	
Controllo ogni ora del corretto posizionamento del mezzo di contenzione	Infermiere Infermiere - OSS	
Al Termine del trattamento, rimozione del mezzo di contenzione	Infermiere OSS	

Infine si segnala come particolarmente interessante e completo il documento redatto dall’azienda Ospedaliera Ca’ Granda – Niguarda di Milano, che viene generalmente richiamato anche in altri regolamenti quale elemento di confronto e riferimento disponibile integralmente a questo link: <http://www.comune.pescantina.vr.it/it/Notizie/Archivio/11-Forum-Nazionale-Polizia-Locale-30-31-Ottobre--2014/contentParagraph/013/documentPdf/Contenzionefisica%20in%20ospedale%20NIGUARDA%20-%20Fiorella%20Passerini.pdf>

## 1.6. Un primo sguardo comparativo internazionale

### 1.6.1. Legislazione e regolamentazioni sui Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO) e Volontari (TSV) in psichiatria in alcuni Paesi Europei

Il paragrafo che segue rappresenta un primo sguardo generale sulla situazione relativa alle norme che regolano in Italia, Gran Bretagna, Francia, Svizzera e Germania i ricoveri e i trattamenti psichiatrici volontari e coatti, e che dovrà essere oggetto di ulteriori approfondimenti nella eventuale prosecuzione del percorso di ricerca intrapreso. In particolare, l'attenzione è rivolta al tema più generale degli aspetti normativi che regolano i trattamenti sanitari somministrati anche senza l'esplicita volontà del paziente.

Da quanto finora emerso, pur non potendosi affermare necessariamente che a un Trattamento Sanitario Obbligatorio possano conseguire somministrazioni di pratiche contenitive, può accadere che un paziente sottoposto a TSO subisca tali pratiche. Inoltre, ai fini della ricerca in corso, il tema della regolazione e della definizione di protocolli autorizzativi alla somministrazione di specifici trattamenti psichiatrici, è spesso trattato nell'ambito delle normative connesse al funzionamento delle strutture e ai percorsi di ammissione al ricovero per i pazienti psichiatrici.

Da quanto emerge dalla documentazione finora raccolta, la legislazione italiana su Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori definisce un sistema di garanzie generalmente più stringente nelle procedure, rispetto a quello riscontrato negli altri paesi analizzati. In Italia, infatti, il TSO è disposto da un provvedimento del Sindaco su proposta motivata di un medico, controfirmata da un medico di una struttura pubblica nel caso di ricovero ospedaliero, e deve essere convalidato entro 48 ore dal giudice tutelare. Negli altri paesi analizzati, all'interno delle procedure di ricovero coatto – che sono, anche lì, generalmente convalidate e disposte dall'autorità giudiziaria - i professionisti sanitari (e in alcuni casi anche le forze di polizia) dispongono di minori vincoli e di maggiori poteri di discrezionalità.

Naturalmente, bisognerebbe verificare nella prassi concreta come tali norme siano applicate e se i principi di garanzia della dignità del paziente (sempre enunciati in tutte le normative analizzate) vengano effettivamente rispettati.

Ciò che ai nostri fini appare piuttosto interessante, e che distingue la situazione in Gran Bretagna da quella del nostro paese, è il dettaglio attraverso il quale vengono regolate alcune somministrazioni di trattamenti psichiatrici specifici, tra i quali la contenzione. Il quadro che emerge dalla normativa del Regno Unito è tutt'altro che "ideale" ma in diversi casi molto meno ambigua rispetto a quello di altri Paesi.

Infatti, pur attribuendo un notevole potere discrezionale ai medici e al personale sanitario nella somministrazione di un ampio spettro di trattamenti motivati da condizioni di urgenza (tra questi anche l'elettroshock), il legislatore, oltre ad affermare il principio della necessità del consenso da parte del paziente, tende a restringere il campo ad alcuni specifici trattamenti, che solo in alcune circostanze possono essere utilizzati. Infine va segnalato che ai fini di questa ricerca la contenzione meccanica risulta essere ampiamente ed esplicitamente vietata nei regolamenti del Regno Unito.

### 1.6.2. La normativa nazionale sugli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori: gli articoli di legge

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori sono regolati dalla legge n. 180/1978 secondo le procedure disposte dagli articoli 33 e 34 della legge n. 833/1978 e dalla raccomandazione della Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2009.

Il principio di base della legislazione italiana in materia è che “i trattamenti sono di norma volontari” e pertanto i casi che prevedono trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori devono essere contemplati solo in condizioni specifiche ed eccezionali espressamente previste e regolate da norme di legge. Anche in presenza di tali condizioni la raccomandazione di fondo del legislatore è quella che il personale sanitario deve sempre perseguire l’adesione e il consenso del paziente ai trattamenti. Gli interventi obbligatori devono quindi rappresentare una *extrema ratio*.

La normativa prevede due tipologie specifiche di interventi sanitari obbligatori:

- Gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO)
- I trattamenti sanitari obbligatori (TSO)

Secondo la norma, gli accertamenti sanitari e i trattamenti sanitari obbligatori (ASO e TSO) devono essere disposti dal “sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico e sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove, necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate”. Il dettato legislativo stabilisce anche che TSO e ASO siano accompagnati da iniziative volte ad ottenere il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. Durante tali trattamenti deve essere garantita la possibilità al paziente di comunicare con qualsiasi persona ritenga opportuno.

La revoca o la modifica del provvedimento sanitario obbligatorio può essere richiesta in ogni momento da chiunque e il sindaco entro dieci giorni deve comunicare la sua decisione in merito.

TSO e ASO dovrebbero essere somministrati in prima istanza nei presidi e servizi extra-ospedalieri. Viene anche prevista la possibilità che essi vengano somministrati in condizioni di degenza ospedaliera “solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”.

Per i TSO in condizione di degenza ospedaliera vengono inoltre applicate ulteriori garanzie a tutela del paziente.

In primo luogo il provvedimento deve essere comunicato entro 48 ore al giudice tutelare che entro le successive 48 lo deve, se esistono i presupposti, convalidare. In caso di mancata convalida il TSO deve cessare.

Inoltre nei casi in cui il TSO debba protrarsi oltre il settimo giorno ed in casi di ulteriori prolungamenti, il sanitario responsabile deve trasmettere, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero e che a sua volta ne deve dare comunicazione al giudice tutelare per una ulteriore convalida o eventuale revoca del provvedimento. Come ulteriore garanzia è stabilito che i pazienti sottoposti a TSO o chiunque ne abbia interesse può proporre ricorso al tribunale contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Sul piano più strettamente giuridico, è necessario puntualizzare che il nostro codice contempla la disciplina dei Trattamenti Sanitari Obbligatori, volta a tutelare i diritti delle persone con sofferenza mentale, ma in nessun modo la pratica della contenzione, e che l’autorizzazione all’esecuzione del TSO in nessun caso autorizza l’attuazione di pratiche di coercizione quali appunto la contenzione meccanica.



### **1.6.3. Il ricovero volontario e coatto per i pazienti psichiatrici in Gran Bretagna, Francia, Germania e Svizzera**

#### **1.6.3.1. Gran Bretagna**

I materiali che seguono rappresentano una sintesi delle disposizioni generali e specifiche, riguardanti il trattamento e la tutela dei diritti dei pazienti psichiatrici e, più specificamente le disposizioni relative ad alcune specifiche pratiche, compresa la contenzione meccanica, contenute dalla legge quadro sulla salute mentale – il Mental Health Act del 1993, aggiornato successivamente nel 2007.

Il lavoro di sistemazione e sintesi qui realizzato si è potuto avvalere anche di un prezioso documento costituito dalla tesi di dottorato in scienze giuridiche dell'Università degli Studi Bicocca di Milano, realizzata nell'anno accademico 2012-2013 da parte della dott.ssa Marta Pelazza dal titolo: "La coazione terapeutica. Uno studio comparato"<sup>34</sup>. Dalla quale sono state estratte e sintetizzate le principali informazioni di seguito riportate.

In Gran Bretagna si distinguono tre diverse categorie di internamento: le detentions subsequent to admission (paragonabili ai c.d. ricoveri volontari, in cui è il malato stesso o il suo tutore a fare richiesta di admission nell'ospedale psichiatrico); le formal admission (sono i ricoveri "formali", cioè ordinati dall'autorità giudiziaria o amministrativa, secondo l'iter previsto dal Mental Health Act del 1983 (aggiornato successivamente nel 2007); le detention following use of section 136 of Mental Health Act (si tratta di quello che potremmo definire "ricovero d'urgenza", è la legge infatti a prevedere che qualora un soggetto dia segni di evidente squilibrio mentale - mental disorder - in un luogo pubblico, possa essere fermato dall'autorità di pubblica sicurezza e condotto in un place of safety - solitamente l'ospedale psichiatrico - per un tempo massimo di 72 ore, durante le quali dovrà essere visitato da uno psichiatra, che deciderà la terapia e le azioni più opportune da compiere).

Quanto alle formal admission o compulsory detention, il ricovero può presentare tre diverse modalità "for assessment", "for treatment" e "for assessment in cases of emergency". Ciascuno di essi ha regole e finalità diverse. È prevista, inoltre, una forma di detenzione "transitoria" per i pazienti volontari che vogliono lasciare il reparto contro il parere del personale: si tratta dei cosiddetti "holding powers". Esistono, poi, regole specifiche quanto ai poteri delle forze di polizia nei confronti dei mentally disordered found in public places, o di coloro che siano fuggiti da un ricovero coatto legittimamente disposto. Vi è, infine, la possibilità dell'emissione di una sorta di "mandato di cattura" nei confronti di soggetti segnalati dai servizi sociali come incapaci di prendersi cura di se stessi e che vivano soli, o che siano maltrattati. Il Mental Health Act (MHA) disciplina, oltre ai ricoveri "civili", anche i ricoveri e le altre misure restrittive della libertà personale applicabili alle persone mentally disordered che siano accusate o condannate in relazione alla commissione di un reato.

#### **Admission for assessment**

Il primo tipo di ricovero è il ricovero "per valutazione" che anticipa il ricovero "for treatment", di più lunga durata, che di norma sarà sempre preceduto da un periodo di valutazione delle condizioni del paziente. Il ricovero for assessment ha luogo in seguito ad una application proposta dal nearest relative del paziente o da un approved mental health professional (AMHP). Chi propone l'application deve avere personalmente visto il paziente entro i quattordici giorni precedenti. L'application deve essere corredata della raccomandazione scritta di due medici che abbiano personalmente visitato il paziente (congiuntamente o a distanza di non più di cinque giorni tra una visita e l'altra). Almeno uno dei due medici, inoltre, deve essere stato approvato dal Secretary of State come particolarmente esperto nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi mentali;

.....  
 34 Il lavoro è pubblicato su Internet e consultabile al seguente indirizzo [https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/50168/75054/Phd\\_unimib\\_059881.pdf](https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/50168/75054/Phd_unimib_059881.pdf)

ancora, almeno uno dei due medici deve – “se possibile” – avere già conosciuto il paziente in precedenza. Tali “raccomandazioni mediche” devono certificare la presenza di due requisiti previsti dalla legge, ossia: a) che il soggetto soffra di un disturbo mentale di tale natura o di tale intensità da giustificare la detenzione del paziente in ospedale per una valutazione (o per una valutazione seguita da un trattamento medico) per un periodo di tempo limitato; b) che debba essere trattenuto in ospedale nell’interesse della propria salute o sicurezza, o al fine di proteggere altre persone.

### **Admission for treatment**

Si tratta di un ricovero tendenzialmente di lungo periodo, in cui la patologia del paziente viene “trattata”. Le modalità e i criteri di applicazione di questo tipo di ricovero sono simili a quelli per il ricovero for assessment, con alcune differenze. L’application, anche in questo caso, deve essere proposta dal nearest relative o da un AMHP (come previsto anche per il ricovero “valutativo”, chi propone l’application deve aver personalmente visto il paziente non più di quattordici giorni prima). Sul punto vi è, tuttavia, una differenza significativa rispetto al ricovero valutativo. Il MHA prevede infatti che, nel caso in cui l’application sia proposta da un AMHP, questi – salvo che ciò non sia “ragionevolmente possibile” o comporti un eccessivo ritardo – deve consultare il nearest relative (se esistente) del paziente; e ove il nearest relative si opponga all’application, questa non può essere portata avanti. Al nearest relative, insomma, è attribuita una sorta di potere di veto sul ricovero “for treatment” del paziente. La portata di questa previsione è, in realtà, molto limitata rispetto a quanto potrebbe a prima vista sembrare. Infatti il ruolo di nearest relative, al quale sono collegate diverse facoltà, è soggetto a precise regole quanto a nomina e decadenza. Un caso in cui l’autorità giudiziaria può dichiararne la decadenza è proprio quello in cui il nearest relative irragionevolmente si opponga all’application per il ricovero trattamentale, o sia per altri motivi una persona inadatta a ricoprire tale ruolo.

L’application, anche in questo caso, deve essere supportata dalla dichiarazione scritta di due medici (le cui caratteristiche sono le stesse descritte per il ricovero for assessment) i quali devono certificare che la condizione del paziente soddisfa i criteri richiesti dalla norma. Tali criteri richiedono che: a) il paziente soffra di un disturbo mentale (mental disorder) di natura o intensità tale da rendere appropriato per il paziente il ricovero in ospedale al fine di ricevere un trattamento; b) sia necessario, per la salute o sicurezza del paziente o per la protezione di altre persone, che il paziente riceva tale trattamento, che non può essere somministrato se non attraverso questa detenzione; c) sia disponibile per il paziente un trattamento medico appropriato. Le dichiarazioni dei medici devono contenere le ragioni per cui ritengono di applicare tale provvedimento e se esistono altre modalità di cura possibili. Il Code of Practice fornisce ulteriori dettagli per l’interpretazione di queste norme, in particolare in relazione ai fattori da considerare quanto ai parametri “salute o sicurezza del paziente” e “protezione di altre persone” (ad esempio, è interessante la precisazione circa la natura del danno da cui vanno protette le altre persone: esso, oltre che fisico, può essere anche psicologico). Inoltre, il Code of Practice chiarisce che al ricovero coatto deve essere normalmente preferito il ricovero volontario, quantomeno per i pazienti che hanno la capacità di consentire e così fanno. Tuttavia, diversamente da quanto impone la normativa italiana sui TSO, per attuare un ricovero coatto sotto il MHA il paziente non deve necessariamente rifiutare ricovero e cure: anche se vi acconsente, può essere comunque trattenuto coattivamente.

### **Admission for assessment in cases of emergency**

Il MHA prevede un ricovero d’urgenza, che può essere disposto con minori garanzie per il paziente, ma di durata ridotta. L’application, proposta anche in questo caso da nearest relative o Approved Mental Health Professional, può essere corredata dalla dichiarazione di un solo medico; in essa si deve attestare “l’urgente necessità che il paziente sia ammesso e trattenuto”, dunque for assessment, e che “il rispetto delle norme che regolano la normale procedura di ricovero comporterebbero un ritardo indesiderabile”. La durata del ricovero fondato su tale application è di un periodo massimo di 72 ore dal momento in cui il paziente viene ammesso in ospedale. Entro questo periodo può essere avviata una admission for assessment or treatment, nel caso in cui venga emessa una seconda dichiarazione medica e siano soddisfatti tutti i requisiti richiesti per il ricovero “regolare”.

### **Altre forme di interventi coattivi: holding powers**

Vi sono anche altre forme di esercizio legittimo della forza sui pazienti psichiatrici regolati dal MHA. In primo luogo, è prevista una forma di “trattenimento coattivo” dei pazienti volontari che vogliono lasciare il reparto contro il parere del personale: si tratta dei cosiddetti “holding powers”. Il potere di trattenere un paziente che cerchi di lasciare l’ospedale in cui si trova, può essere esercitato da qualsiasi medico – non necessariamente uno psichiatra – su qualsiasi paziente abbia in cura, indipendentemente dal motivo (fisico o psichico) che lo aveva inizialmente condotto in ospedale. Il medico, nel caso in cui ritenga opportuno proporre un’applicazione per un ricovero valutativo o trattamentale, invia all’hospital manager un report in cui comunica la sua opinione; a partire da questo momento, il paziente può essere trattenuto in ospedale per un massimo di settantadue ore, in attesa che venga portata a termine la procedura di ricovero coatto del MHA. Un analogo potere è attribuito agli infermieri, i quali, se ritengono che “il paziente soffre di un disturbo mentale di tale natura o intensità da rendere necessario, per la sua salute o sicurezza o per la protezione di altre persone, impedirgli di lasciare l’ospedale”, e che “non sia possibile assicurare la presenza immediata di un medico affinché predisponga il report”, possono impedire al paziente di lasciare l’ospedale per un massimo di sei ore, registrando per iscritto la decisione, e informandone al più presto gli hospital manager.

### **Poteri delle forze di polizia**

Altre forme di esercizio legittimo della forza sui pazienti psichiatrici sono costituite in primo luogo dai poteri delle forze di polizia sui mentally disordered found in public places. È previsto, infatti, che ove un poliziotto trovi, in un luogo pubblico, una persona che gli appaia affetta da un disturbo mentale e bisognosa di immediate cure o controlli, questi possa portare il soggetto in un place of safety se lo ritiene necessario nell’interesse di quella persona o per proteggerne altre. Il soggetto può essere trattenuto per un massimo di settantadue ore, al fine di essere visitato da un medico e da un AMHP, e di predisporre il necessario per la sua cura. Il Code of Practice specifica che chi sia trattenuto su questa base è considerato in stato di arresto; pertanto gli agenti di polizia hanno il potere di perquisire il trattenuto e requisire eventuali oggetti secondo le regole previste per gli arresti effettuati in relazione alla commissione di un reato. Se il place of safety è una stazione di polizia, i trattenuti hanno anche diritto di visita da parte di un avvocato secondo le medesime regole. Da ultimo, sono specificamente regolate le modalità di “retaking” di soggetti fuggiti da un ricovero coatto legittimamente disposto, o da un place of safety. I soggetti che possono fermare e prendere in custodia la persona sono molteplici, a seconda delle circostanze. Generalmente hanno questo potere tutti i poliziotti e gli AMHP, nonché il personale del luogo di cura dal quale la persona è scappata o qualsiasi persona a tal fine espressamente autorizzata dal manager hospital.

### **Coazione non detentiva nel MHA**

Vi è la possibilità per un paziente trattenuto di ottenere un “leave of absence”, ossia il permesso di lasciare il luogo di cura per un certo periodo, la cui durata viene indicata dal “responsible clinician”.

La “guardianship” è un’ulteriore istituto mosso da finalità analoghe a quelle appena descritte per il leave of absence: rendere possibile il controllo del paziente in un contesto meno restrittivo di quello detentivo, permettendogli una vita in società. Su richiesta di un AMHP o del nearest relative del paziente, può essere affidato a un soggetto (che può essere il nearest relative, un AMHP, ma anche l’ente locale per i servizi sociali) il ruolo di guardian. Al guardian sono attribuiti poteri di controllo sul paziente: quello di deciderne il luogo di residenza; quello di ordinarli di presentarsi in luoghi e orari specifici per ricevere terapie, o per educazione o lavoro; il potere, infine, di richiedere che il paziente sia visitato da medici o AMHP. Bisogna specificare, tuttavia, che parte di questi poteri sono più teorici che reali, dal momento che il guardian ha, in realtà, il potere di imporre coattivamente al paziente solamente le decisioni relative al luogo di residenza (tenendo comunque presente che questo potere “non può essere utilizzato per restringere la libertà del paziente tanto da portare ad una detenzione de facto”). In particolare, il paziente non potrà subire un trattamento sanitario contro la sua volontà: il Code of Practice specifica che il guardian non ha il potere di acconsentire

al trattamento medico sostituendosi al paziente. La durata della guardianship è regolata in maniera identica a quella del ricovero for treatment: il periodo iniziale è di sei mesi, rinnovabili per un ulteriore periodo di sei mesi e successivamente per periodi di un anno ciascuno.

### **Obbligatorietà, ma non coazione diretta: i Supervised Community Treatment**

I Supervised Community Treatments (SCT) sono stati istituiti con la riforma del 2007. Lo scopo è quello di creare un sistema di cura e presa in carico del paziente una volta cessato il ricovero coatto, che riduca il rischio di non-compliance del paziente e ne renda possibile il controllo. Il trattamento, nel caso dei SCT, non può essere somministrato coattivamente (a differenza dei leave of absence); tuttavia il paziente può essere richiamato – questa volta sì coattivamente – in ospedale.

### **Le figure di supporto e rappresentanza del paziente.**

Il nearest relative, cui si è già accennato in più occasioni, riveste un ruolo piuttosto importante. Egli, infatti, ha diversi diritti e facoltà in relazione al paziente. Il nearest relative può, in primo luogo, sollecitare il ricovero od opporvisi.

L'Independent Mental Health Advocate (IMHA) è una figura introdotta nel 2007 per fornire un supporto alle categorie di pazienti più "vulnerabili": pazienti ricoverati coattivamente, soggetti a guardianship o a Supervised Community Treatments.

### **Le regole che governano l'esposizione dei pazienti ai trattamenti psichiatrici**

La norma che permette il ricovero di un soggetto nel quadro del MHA non autorizza, di per sé, i medici a sottoporre il paziente a qualsivoglia terapia essi ritengano opportuna. Oltre al limite posto dal fatto che i trattamenti effettuati devono essere finalizzati a curare, il MHA prevede una diversa disciplina a seconda del tipo di trattamento che il medico intende somministrare. La regola generale – soggetta alle eccezioni – lascia grande discrezionalità al clinician circa la scelta del trattamento cui il paziente deve essere sottoposto, anche contro la sua volontà. Non vi è infatti alcuna necessità che altri medici, o l'autorità giudiziaria, controllino tale scelta: i controlli a tutela del paziente avvengono solo nel caso in cui un farmaco venga somministrato per un periodo superiore ai tre mesi, o nel caso in cui il trattamento rientri tra quelli sottoposti a regole specifiche. La section 63 del MHA infatti dispone che "il consenso di un paziente non è richiesto per i trattamenti medici somministratigli sotto la direzione dell'approved clinician per il disturbo mentale di cui soffre".

### **Le tutele "speciali" per particolari tipi di trattamenti**

La neurosurgery - Il trattamento per il quale sono previste le maggiori garanzie per il paziente, data la sua estrema invasività e la caratteristica di irreversibilità, è quello della neurosurgery. Le tutele disposte in relazione alle operazioni di neurochirurgia sono particolarmente incisive, poiché si applicano a qualsiasi paziente: non solo, dunque, su chi è soggetto al regime di ricovero coatto ex MHA, ma anche ai pazienti volontariamente ricoverati e a quelli soggetti al Mental Capacity Act. Si tratta di una copertura molto ampia, non estesa alle norme che disciplinano gli altri trattamenti "speciali". Per effettuare un'operazione di neurochirurgia il MHA richiede che vi sia necessariamente il consenso personale del paziente. Si tratta di una garanzia fondamentale: l'operazione, data la sua invasività, la caratteristica di irreversibilità ed i suoi effetti collaterali, non può mai essere effettuata contro la volontà di chi vi è sottoposto. Oltre al consenso del paziente è necessario poi l'accertamento, da parte di un medico – diverso dal responsible clinician che ha disposto il trattamento – e di due altri professionisti "non medici", della capacità del soggetto e dell'effettività del suo consenso; il medico deve, inoltre, certificare che quello proposto costituisce un trattamento appropriato. A maggior garanzia dell'accuratezza di tale certificazione, il MHA richiede che nell'effettuare la valutazione il medico debba confrontarsi con almeno due soggetti coinvolti nel trattamento medico del paziente, dei

quali uno sia un infermiere, e l'altro non sia né infermiere né medico (in ogni caso, non deve trattarsi del responsabile clinician).

La somministrazione di psicofarmaci per periodi superiori a tre mesi, richiede particolari procedure a garanzia del paziente, seppur si tratti di una tutela di intensità nettamente inferiore a quella prevista per la neurochirurgia. Perché il trattamento possa proseguire è necessario, alternativamente: che il paziente abbia acconsentito al trattamento, e l'approved clinician o un medico a tal fine incaricato dalla Care Quality Commission abbia certificato la capacità del paziente di comprendere natura, scopo e probabili effetti del trattamento; oppure - (se il paziente è dissenziente) che un medico a tal fine incaricato dalla Care Quality Commission (che non ricopra il ruolo di responsabile clinician del paziente) certifichi l'incapacità del paziente di comprendere natura, scopo e probabili effetti del trattamento. Anche in questo caso, prima di concludere la valutazione, il medico deve consultare due soggetti che siano professionalmente coinvolti nel trattamento del paziente, dei quali uno sia un infermiere e l'altro né medico né infermiere (in ogni caso non deve trattarsi del responsabile clinician). Il trattamento può dunque essere proseguito anche contro l'espressa volontà di un paziente capace, purché vi sia una "second opinion" da parte del medico (il Second Opinion Appointed Doctor).

L'elettroshock - Prima della riforma del 2007, le terapie con l'elettroshock seguivano la stessa procedura appena illustrata per il trattamento prolungato con psicofarmaci: l'elettroshock poteva dunque essere effettuato su un paziente capace anche contro la sua volontà. In seguito alla sensibilizzazione circa l'invasività e i rischi di questo intervento, sono ora previste maggiori garanzie. La differenza più significativa rispetto al procedimento appena illustrato, consiste nell'impossibilità di effettuare l'elettroshock su un paziente capace e dissenziente, salvo che venga riconosciuto un caso di emergenza. Tale pratica potrà dunque essere in primo luogo effettuata su un paziente capace e consenziente – in tal caso non è necessaria la certificazione ed il parere favorevole del Second Opinion Appointed Doctor circa capacità ed appropriatezza dell'intervento: è sufficiente che ciò sia certificato dal responsabile clinician del paziente (da colui, cioè, che ha disposto tale cura). In secondo luogo l'elettroshock potrà essere effettuato su un paziente incapace, quando incapacità del paziente ed appropriatezza dell'intervento siano state certificate da un Second Opinion Appointed Doctor, e sempre che il paziente non abbia effettuato una valida dichiarazione anticipata di trattamento contraria all'effettuazione dello stesso, o che la persona cui è attribuito dal MCA il potere di decidere per l'incapace si opponga. Anche in questo caso, l'emergenza rende possibile il trattamento.

Le eccezioni per i casi di emergenza - Tutte le garanzie appena illustrate, in relazione a neurosurgery, somministrazione prolungata di farmaci ed elettroshock vengono sospese in caso di emergenza. Più precisamente, potrà essere effettuato sul paziente qualsiasi trattamento – indipendentemente da dichiarazioni del Second Opinion Appointed Doctor o consenso del paziente stesso – che sia: immediatamente necessario per salvare la vita del paziente; immediatamente necessario per prevenire un grave peggioramento delle sue condizioni (ma solo se gli effetti dello stesso non sono irreversibili); immediatamente necessario per alleviare una grave sofferenza del paziente (ma solo se gli effetti dello stesso non sono irreversibili ed il trattamento non è pericoloso); immediatamente necessario e rappresenti l'unica misura adottabile per impedire al paziente di comportarsi in maniera violenta o di costituire un pericolo per se stesso o per altre persone. Evidentemente, questa previsione comporta un notevole abbassamento delle tutele previste in linea teorica dal MHA. In particolare si noti come, nel caso in cui lo scopo sia la "difesa" da un comportamento aggressivo (o il porre fine ad atti autolesionistici), il trattamento possa essere effettuato indipendentemente dal consenso del paziente anche se pericoloso per quest'ultimo o con effetti irreversibili.

### **L'uso della forza: la contenzione (fisica, meccanica, farmacologica) e l'isolamento dei pazienti psichiatrici.**

Fino ad ora si è parlato di coazione e di detenzione coattiva, senza focalizzare l'attenzione su quali siano le modalità legali in Gran Bretagna per attuarla. La normativa secondaria è piuttosto chiara a riguardo, e disciplina numerosi aspetti del restraint: in particolare contenzione (fisica, meccanica o farmacologica), isolamento e altre forme di privazione della libertà. Il Code of Practice del MHA riconosce espressamente

la necessità di utilizzare, in alcuni casi, il restraint, e detta alcune regole per la sua legittima attuazione. Si specifica, preliminarmente, che tali regole sono espressamente volte a disciplinare il restraint applicato sia a pazienti trattenuti nel quadro del MHA, che a pazienti volontari.

Tra le regole generali poste dal Code of Practice a governare le pratiche di restraint vi è il divieto di utilizzarle come punizioni per i pazienti. Tali misure devono essere utilizzate solo come *extrema ratio*, ove altre forme di intervento si siano rivelate insufficienti, e vanno limitati al minimo, inoltre, i rischi per la salute e la sicurezza del paziente, così come l'interferenza nella sua privacy. Interessante la previsione per cui, ai pazienti individuati a rischio di comportamenti aggressivi, sia data la possibilità di indicare quali interventi ritengano opportuni e quali invece non vorrebbero veder utilizzati in caso di necessità. La dichiarazione del paziente – nella forma di “advanced statement” – deve essere formalmente documentata; tuttavia, la valenza pratica di tale dichiarazione non è affatto chiara: verosimilmente questa non vincolerà in alcun modo l'agire del personale sanitario ove questo intenda intervenire in modo difforme dalle richieste del paziente. Quanto alle finalità del restraint, il Code of Practice chiarisce che esso può essere effettuato per assicurare la compliance al trattamento; tuttavia, l'uso della contenzione fisica è ancor più frequentemente associato al controllo dei comportamenti aggressivi. Le situazioni che maggiormente provocano il restraint sono individuate dal Code of Practice in aggressioni fisiche; comportamento pericoloso, minaccioso o distruttivo; autolesionismo o rischio di lesioni in seguito a incidenti fortuiti; estrema e prolungata iperattività, tale da condurre ad un esaurimento fisico ed, infine, tentativo di nascondersi. Quanto alle diverse forme di contenimento, ciascuna è governata da regole specifiche. Per quanto riguarda la contenzione farmacologica, il Code of Practice dispone che essa sia applicata solo in casi eccezionali, e che non venga mai utilizzata per sopperire alla mancanza di personale della struttura sanitaria. Le circostanze in cui può essere utilizzata dovrebbero inoltre essere previste in anticipo nel piano trattamentale del paziente. Si tratta di una forma ormai molto diffusa di controllo del comportamento, ritenuta da alcuni una modalità più “delicata” di contenzione: una volta somministrati farmaci con effetto calmante e/o sedativo a un soggetto aggressivo, il suo comportamento sarà reso più docile senza necessità di utilizzare la forza fisica. Tuttavia, con il passare del tempo è emersa la consapevolezza circa gli effetti collaterali dei farmaci e la loro invasività, per questo motivo viene spesso rivalutata la contenzione fisica o meccanica, più violenta, ma ritenuta in alcuni casi meno invasiva del corpo e della mente del soggetto; anche il Code of Practice sembra rispecchiare questa tendenza. La contenzione fisica è regolata dal Code of Practice nei suoi tratti fondamentali. Linee guida dettagliate (“policies”) devono essere predisposte a cura di ciascun ospedale e conosciute da tutto il personale interessato.

Il Code of Practice specifica che l'uso della contenzione fisica deve essere “ragionevole, giustificabile e proporzionato al rischio creato dal paziente”. Deve inoltre essere utilizzata una “tecnica riconosciuta”, che non può consistere nella “deliberata inflizione di dolore”; l'inflizione di dolore, comunque, rimane in sé ammissibile, “purché sia utilizzata per l'immediato soccorso o salvataggio del personale, quando ogni altro mezzo sarebbe insufficiente”. Infine, deve essere posta in essere come *extrema ratio*, “solo se assolutamente necessario”, e solo da parte di chi abbia ricevuto una adeguata formazione sull'uso delle tecniche contenitive.

Per quanto riguarda la contenzione meccanica, invece, l'intento del Code of Practice è quello di limitarne la diffusione, specificando che essa non deve costituire il tipo di risposta “standard” al verificarsi di un comportamento violento. Il ricorso a essa, al contrario, deve essere eccezionale. Se la contenzione meccanica viene utilizzata, è necessario che siano seguite linee guida chiare per il suo utilizzo. Vi è, inoltre, una modalità di contenzione meccanica assolutamente vietata dal Code of Practice: si tratta della contenzione attuata “legando [il paziente] (per mezzo di nastri o di indumenti) a parti dell'edificio o a suoi impianti”. Sembrerebbe dunque che la norma appena illustrata vieti (oltre che, come evidente, il legare una persona a una parete), anche la pratica di legare il soggetto al letto. Si tratta di una pratica tradizionalmente molto diffusa in reparti psichiatrici e manicomi, perciò il suo assoluto divieto è particolarmente significativo. Il “legare al letto” il paziente psichiatrico è pratica talmente collegata, solitamente, al concetto di “contenzione meccanica”, da spingere a domandarsi – una volta vietata questa – in quali altre pratiche possa consistere questo genere di contenzione. In realtà vi sono molte altre tecniche di contenimento meccanico, come per esempio la camicia di forza, le sponde al letto, la fascia costale.

Un altro metodo contenitivo comunemente utilizzato in psichiatria è l'isolamento del paziente. Il Code of Practice dedica diversi paragrafi a questa pratica, definita come “il confinamento, monitorato, di un paziente in una stanza, che può essere chiusa a chiave”, il cui unico solo scopo legittimo è il “contenimento di un comportamento gravemente disturbato che espone a rischio altre persone”. Prima di delineare alcune regole specifiche per la procedura di isolamento, il Code definisce dei punti fondamentali: in primo luogo, l'isolamento deve essere usato solo quando non vi sia altra misura adeguata a fronteggiare la situazione, e per il minor periodo di tempo possibile. Non deve essere utilizzata come punizione o minaccia, né essere motivata dalla carenza di personale sanitario. Non può, infine, costituire una risposta a comportamenti solamente autolesionistici, che non mettano a rischio altre persone. Come nel caso della contenzione fisica, anche per l'isolamento il Code of Practice richiede che ciascun ospedale predisponga delle linee guida scritte per disciplinarne l'utilizzo. Tali linee guida devono necessariamente soddisfare alcuni requisiti, quali “assicurare che il paziente riceva adeguate cure durante e dopo l'isolamento; disporre che l'isolamento avvenga in luoghi rispettosi della dignità e del benessere del paziente; garantire che l'uso dell'isolamento venga documentato, monitorato e sottoposto a review”. Il Code of Practice pone anche una serie di regole “operative” cui chi mette in pratica l'isolamento deve attenersi.

### 1.6.3.2. Francia<sup>35</sup>

Anche in Francia come in Gran Bretagna esiste un regolamento generale sulla cura delle malattie mentali e sulle diverse forme di ricovero dei malati nelle strutture specializzate che è integrato nel Code de la Santé publique. Gli articoli specifici si trovano nel Livre II (L.3211-1 e seguenti). Come in Italia i ricoveri nelle strutture specializzate prevedono sia la forma di ricovero volontario (Hospitalitation Livre H.L.) che quella di ricovero senza consenso del paziente (hospitalisation sans consentement).

Le forme di ricovero coatto sono comunque motivate dal principio della protezione del malato per evitare che possa mettere in atto comportamenti e azioni dannose per la sua persona e i suoi beni. Sono inoltre previste misure che consentono alla autorità pubbliche di vigilare e controllare affinché venga garantita la protezione e la libertà personale dei pazienti e vengano monitorate costantemente le condizioni di sussistenza o meno dei motivi alla base della necessità di ricovero coatto.

La normativa prevede due modalità: il ricovero richiesto da una terza persona (HDT-hospitalisation a demande d'un tiers) e ricovero d'ufficio (HO – hospitalisation d'office). I ricoveri coatti sono contemplati nei casi in cui le condizioni del paziente impongano cure immediate, necessità di controllo costante in ambiente ospedaliero e non sia possibile ottenere il consenso del paziente. Per entrambe le modalità esiste la distinzione tra ricovero “semplice” e “per pericolo imminente e urgente”.

Dal punto di vista procedurale il ricovero semplice deve essere motivato da due certificati medici, uno da parte del medico di famiglia e uno da parte di un medico della struttura psichiatrica che prende in cura il paziente; mentre il ricovero d'urgenza o pericolo imminente può essere disposto anche attraverso un solo certificato medico. Il ricovero d'ufficio d'urgenza inoltre può essere disposto anche nei casi in cui le condizioni del paziente comportino un pericolo per l'incolumità di altre persone o “attentato grave all'ordine pubblico”. La misura dell'ospedalizzazione del malato mentale viene disposta con atto specifico da parte dei rappresentanti dello Stato sulla base di un certificato medico.

Le strutture sanitarie che prendo in carico il paziente hanno l'obbligo entro le prime 24 di ore di accoglienza di redigere, a seguito della visita e all'esame del paziente, un documento che motivi la conferma o meno della necessità di ricovero senza consenso.

.....  
 35 Le descrizioni sintetiche delle tipologie e le caratteristiche dei ricoveri e trattamenti senza il consenso del paziente in Francia; Germania e Svizzera derivano dalle note informative sintetiche n. 22 del 16 febbraio 2011 redatte dall'ufficio Biblioteca –ufficio Legislazione straniera dalla Camera dei Deputati

Esame e documentazione devono essere rinnovate a intervalli regolari stabiliti prioritariamente (generalmente l'intervallo di tempo è di quindici giorni o un mese).

I ricoveri e trattamenti senza consenso devono essere somministrati esclusivamente nei reparti specializzati delle strutture pubbliche ospedaliere.

Il ricovero coatto su richiesta di terzi termina quando lo psichiatra dell'ospedale certifica l'avvenuta insussistenza delle ragioni dell'internamento. Il termine del ricovero d'ufficio viene stabilito dal prefetto sulla base dei pareri dei medici che hanno in cura il paziente.

### 1.6.3.3. Germania

La struttura del Sistema Sanitario in Germania è di tipo federale e pertanto il sistema di regolamentazione, pianificazione e gestione è competenza di ogni singolo länd che ha quindi piena autonomia anche in tema di salute mentale. Ogni länd, quindi, adotta proprie regole e procedure anche riguardo al ricovero obbligatorio nelle cliniche psichiatriche e universitarie. In generale le persone affette da disturbi psichici le cui patologie possono rappresentare un pericolo per la propria e altrui incolumità possono essere soggetti a trattamento e ricovero anche contro la loro volontà, nei casi in cui non sia possibile ottenerne il consenso. In tutti i länder la competenza dispositiva del ricovero coatto è in carico al tribunale e quindi può avvenire solo a seguito di una decisione del giudice sulla base di una richiesta scritta, redatta esclusivamente da un'autorità pubblica comunale o circondariale (quale ad esempio l'ufficio d'igiene) sulla base di segnalazioni e proposta di un medico e di un familiare del paziente. La richiesta deve essere corredata da una perizia di un medico psichiatra che certifica lo stato di salute del soggetto, i motivi che rendono necessario il ricovero obbligatorio e l'impossibilità di adottare misure e soluzioni alternative.

È contemplata inoltre la possibilità di adottare una misura provvisoria di ricovero urgente a causa di "pericolo imminente" che può essere disposta sulla base di un solo certificato medico che ne attesti la necessità e l'urgenza. L'adozione di questa misura può anche avvalersi dell'intervento delle forze di polizia nei casi in cui i pazienti oppongano resistenza.

Il ricovero coatto urgente in ogni caso può essere disposto solo nei casi in cui il soggetto con disturbi psichici abbia messo in atto comportamenti antigiuridici e vi sia il rischio di una loro reiterazione oppure nei casi in cui sia certificato il pericolo che il paziente possa togliersi la vita o mettere in atto comportamenti gravemente lesivi della propria incolumità.

Nei casi di ricovero urgente coatto il paziente deve essere immediatamente esaminato da un medico psichiatra che certifichi i motivi di necessità e urgenza e ne dia comunicazione all'autorità competente. Tale misura può avere una durata massima di 24 ore. Qualora si ritenga necessario prolungare oltre tale limite il ricovero deve essere informato immediatamente il tribunale che lo deve autorizzare. Senza tale autorizzazione il ricovero deve terminare.

Il ricovero coatto disposto dal tribunale può avere una durata massima di 2 anni. Alla fine di tale periodo è necessaria l'emanazione di una eventuale nuova sentenza per il prolungamento del ricovero

### 1.6.3.4. Svizzera

Come in Germania anche in Svizzera il sistema sanitario è di tipo federale. La Costituzione Federale stabilisce che la Confederazione intervenga definendo leggi e prescrizioni di carattere generale sulla prevenzione e la promozione della salute e sulla lotta contro le malattie trasmissibili fortemente diffuse o maligne dell'uomo e degli animali. Di conseguenza gran parte delle competenze e dei poteri regolatori e di organizzazione dei



servizi sanitari sono in capo ai singoli cantoni. Come caso esemplificativo si può prendere in considerazione ciò che avviene nel Canton Ticino in cui è in vigore la legge sull'assistenza sociopsichiatrica emanata nel febbraio 1999 che garantisce l'assistenza psichiatrica e sociopsichiatrica pubblica e ha istituito le unità terapeutiche riabilitative (UTR). L'ammissione alle UTR è di regola volontaria e il soggetto viene ammesso a seguito di una sua richiesta diretta al responsabile sanitario dell'Unità che ne verifica la necessità e può eventualmente adottare misure alternative al ricovero. È contemplata anche la possibilità di un ricovero disposto senza la volontà del paziente che può essere di tipo ordinario o urgente analogamente a quanto avviene in Germania e in Francia. Il ricovero ordinario può essere disposto per decisione di uno dei seguenti organismi:

- l'autorità competente secondo la legislazione federale e cantonale per i detenuti;
- la delegazione tutoria del comune di domicilio per le persone previste all'art. 397a del codice civile o dal direttore del settore del luogo di domicilio in caso di malattia psichica;
- l'autorità prevista dal diritto federale per i minorenni.

Il collocamento coattivo urgente è di competenza anche della delegazione tutoria del luogo di residenza della persona oppure di un medico.

Vi è inoltre la possibilità di ricovero coatto per motivi di polizia motivato dal pericolo grave e imminente per la incolumità propria o altrui del paziente che può essere evitato ricorrendo a misure restrittive della libertà personale che favoriscano la somministrazione di interventi terapeutici o riabilitativi.

La decisione relativa all'ammissione in UTR deve essere motivata rispettando i seguenti requisiti:

- devono essere esplicitamente descritti la sintomatologia e gli eventi che rendono necessario il ricovero coatto;
- devono essere motivate la sua indifferibilità e la mancanza di alternative;
- devono essere indicati luogo e data dell'esame del paziente
- le fonti delle informazioni di altre informazioni e ogni altro elemento alla base delle decisioni del medico e dell'autorità
- l'indicazione se viene richiesto un ricovero volontario o coatto
- l'indicazione dell'autorità e del termine del ricorso.

Per ogni singolo paziente ricoverato in UTR è necessaria l'elaborazione di un piano terapeutico personale e la privazione o restrizione della libertà personale può essere stabilita solo a seguito di tale piano che ne espliciti necessità e motivazioni.

La privazione e la restrizione della libertà personale, avvenuta in violazione delle norme della legge, conferisce il diritto a un risarcimento del danno.



## Cap. 2 – L'analisi della contenzione meccanica in una prospettiva multidisciplinare

di Andrea Taddei

### 2.1. Il ricorso alla contenzione meccanica come residuo manicomiale

L'utilizzo di misure coercitive in psichiatria è tutt'oggi un argomento controverso, sia nel nostro paese che a livello internazionale. Sebbene la diffusione di tali pratiche sia spesso considerata un indicatore della scarsa qualità attribuibile alla cura psichiatrica (Sangiorgio, Sarlatto, 2008/9, Strout, 2010), lo strumento coercitivo rappresenta ancora una modalità d'intervento largamente usata per far fronte agli episodi di ostilità da parte dei pazienti all'interno dei servizi preposti alla tutela e alla cura delle patologie mentali. Al di là delle ricadute più prettamente medico-terapeutiche, il dibattito sulla contenzione si snoda a partire da una precisa criticità sottesa all'utilizzo di tale pratica: la sospensione della libertà della persona e l'annullamento della volontà del paziente all'interno del dispositivo psichiatrico. A livello generale, infatti, la contenzione è attuata allo scopo di ridurre la libertà dei movimenti dell'individuo e l'accesso al proprio corpo attraverso l'utilizzo dei seguenti mezzi:

- la somministrazione forzata di farmaci, come sedativi e tranquillanti (*contenzione chimica*);
- l'isolamento dei pazienti in spazi chiusi (*contenzione ambientale*);
- l'intervento fisico dello *staff* per bloccare fisicamente i movimenti del paziente (*contenzione fisica*);
- l'utilizzo di presidi sulla persona allo scopo di ridurre o controllare il comportamento del paziente (*contenzione meccanica*).

La problematicità della contenzione riguarda, da una parte, la necessità per i servizi di cura di difendere l'integrità fisica del paziente e di terze persone nell'affrontare l'aggressività e gli episodi di violenza legati alla sofferenza psichica e, dall'altra, garantire il rispetto dei diritti giuridici dei soggetti sottoposti a tali pratiche e dei principi costituzionali che tutelano l'invulnerabilità della libertà personale. Il problema della legittimità relativa all'utilizzo della contenzione emerge in particolar modo nell'analisi della *contenzione meccanica*. In questo caso, infatti, il comportamento del paziente viene controllato attraverso l'immobilizzazione dello stesso per mezzo di fascette, corpetti o cinghie di qualche tipo, spesso necessarie per fissare l'individuo al proprio letto limitandone nella maniera più radicale la libertà di movimento (Norcio, 2006). L'utilizzo della *contenzione meccanica*, oltre a rendere particolarmente evidente il dilemma etico legato all'uso di tali pratiche, non può che evocare l'immaginario del passato manicomiale (Di Lorenzo *et al.*, 2014) che, soprattutto in Italia dopo l'esperienza basagliana e l'introduzione della legge 180, si credeva superato. L'esplicita violenza veicolata da tale pratica non solo mette in crisi la validità terapeutica del medico di fronte alla malattia mentale, ma riconduce la pratica di cura a esperienze proto-psichiatriche tipiche dei secoli passati, in cui la medicalizzazione della follia scontava la messa in gioco di un rapporto di forza tra medico e paziente, e la "punizione manicomiale" supportava la costruzione di una dottrina psichiatrica tesa al controllo e al disciplinamento del malato (Foucault, 2003, tr. it., 2006). Nonostante ciò, diversi ricercatori sottolineano come la *contenzione meccanica* rappresenti la modalità di intervento più utilizzata per la gestione della violenza e dell'ostilità espressa dai pazienti all'interno dei reparti psichiatrici, con un'incidenza particolarmente elevata rispetto ai casi più acuti e di maggior gravità e caratterizzandosi per una diffusione transnazionale (Fig. 2.1).

Fig. 2.1 – Diffusione geografica delle pratiche di contenzione



Le stime più pessimistiche evidenziano come, nel nostro paese, avvengano 20 contenzioni ogni 100 ricoveri, interessando l'11% dei pazienti coinvolti nel servizio psichiatrico (Ferioli, 2013). Sebbene un recente studio sottolinei la criticità italiana riguardo all'uso di tali pratiche in confronto agli altri paesi dell'Unione Europea (Kalisova *et al.*, 2014), altre ricerche (Biancosino *et al.*, 2009, Martin *et al.*, 2007, Kaltiala-Heno *et al.*, 2000, Steinert *et al.*, 2014) rilevano come la frequenza nell'utilizzo della *contenzione meccanica* nel nostro paese non sia così diversa rispetto alla diffusione del fenomeno nel contesto internazionale (ad esempio, Italia: 6,3% dei pazienti ricoverati; Svizzera: 6,6%, Finlandia: 5,7%; US: 8,5%; Germania: 9,5%)<sup>36</sup>. Al di là di tali stime, è evidente anche l'estrema variabilità riscontrabile all'interno dei singoli contesti nazionali. In Italia, ad esempio, esistono servizi di diagnosi e cura (SPDC) che rifiutano in maniera radicale l'utilizzo di ogni forma di *costrizione meccanica*, facendosi carico di un supporto terapeutico tendenzialmente *no restraint*. Tuttavia, molto spesso tali soluzioni rappresentano interventi estemporanei nel panorama dell'approccio psichiatrico nazionale, costruiti in contesti autoreferenziali, che riflettono situazioni territoriali limitate e particolari. Laddove ci si confronti con ambienti maggiormente a rischio, come quelli urbani e metropolitani, la contenzione continua ad essere la risposta più utilizzata per la gestione di comportamenti etero o auto lesivi. Ad esempio, una ricerca sistematica sull'utilizzo della contenzione nell'area metropolitana di Roma mostra come le soluzioni *restraint* siano utilizzate in maniera diffusa su tutto il territorio, con un tasso di 11 di pazienti soggetti alla contenzione ogni 100 dimessi (Sangiorgio, Sarlato, 2008/9). Secondo Digilio, tali dati rispecchiano l'arresto della costruzione di un moderno sistema di tutela relativo al paziente psichiatrico, concomitante con «[...] un progressivo depauperamento dei servizi di salute mentale di comunità, [...]

<sup>36</sup> Le stime considerate risentono di alcuni limiti a livello metodologico. In particolare, alcune delle ricerche menzionate non si avvalgono di campionamenti probabilistici, necessari per inquadrare a livello descrittivo la complessità del fenomeno. Inoltre, alcuni risultati trattano in maniera complessiva le varie forme di contenzione descritte ad inizio paragrafo.

un abnorme aumento dei costosi ricoveri ordinari e in regime di TSO, [il] parcheggio dei pazienti in una miriade di comunità pubbliche e, soprattutto, private nelle quali generalmente non viene praticata alcuna seria attività riabilitativa; si è così costituita, di fatto, in tutto il territorio nazionale, una vasta rete di strutture residenziali di tipo neomanicomiale» (2013, p. 5).

Affrontare scientificamente la *contenzione meccanica* rappresenta dunque una necessità, in quanto, come affermano Dodaro e Ferrannini (2013, p. 167), «[sul] tema [...] si gioca da tempo una partita molto difficile che investe non solo il *modo di fare psichiatria* ma anche la *percezione sociale* della professione e della malattia mentale». Non è in gioco solamente il rispetto del paziente, ma anche la possibilità di rompere in maniera definitiva le rappresentazioni collettive che costruiscono il malato psichiatrico quale individuo, di per sé violento, aggressivo o inguaribile e quindi vittima, designata per necessità, di una coercizione a sua volta violenta, considerata utile alla terapia e al controllo della pericolosità sociale.

## 2.2. Una violenza necessaria? Problemi etici, effetti e pericoli della contenzione meccanica

Il dibattito internazionale sulla legittimità della *contenzione meccanica* in psichiatria ruota attorno ad alcune questioni principali, riassumibili nei seguenti termini:

- problemi etici legati all'utilizzo di strumenti atti a limitare la libertà individuale;
- presenza o assenza di effetti terapeutici legati a tale tipo di pratica;
- pericoli per la salute fisica del paziente risultanti dall'uso degli strumenti coercitivi;
- atteggiamento dei pazienti sottoposti a contenzione nei confronti dell'istituzione psichiatrica e della propria malattia.

Il dilemma fondamentale sta nello stabilire come, e in che misura, l'uso di trattamenti coercitivi, quale strumento a disposizione del medico, possa rispondere ed essere fedele ai codici dell'etica professionale e al rispetto del paziente all'interno dell'attività di cura. L'emergere di una forte problematicità di ordine deontologico, con conseguenze incisive anche a livello giuridico e medico-legale, si lega alla presenza, all'interno della comunità psichiatrica, di due posizioni ideologiche contrapposte il cui confronto definisce i margini di legittimità degli strumenti di contenzione.

### 2.2.1. La posizione giustificativa: l'utilizzo pragmatico della contenzione per la tutela in situazioni di emergenza

Le argomentazioni a favore delle pratiche *restraint* si basano spesso sulla constatazione che le misure di contenzione mantengono una propria funzionalità rispetto all'intervento terapeutico, in una gestione "pragmatica" della sicurezza fisica del paziente (Gallagher, 2011). In questo quadro, l'uso della *contenzione meccanica* risponde all'obbligo morale di ridurre la sofferenza del soggetto all'interno dei servizi di cura, adeguandosi, per quanto possa sembrare paradossale, ad uno dei cardini del codice etico dell'attività professionale legata all'assistenza medica: il principio di *beneficenza*. Nello specifico caso della tutela della salute, tale principio è spesso utilizzato attraverso la massimizzazione dell'utilità derivante dall'intervento terapeutico: lo *staff* medico è infatti raramente in grado di intervenire positivamente sulla salute senza creare dei rischi aggiuntivi per il paziente (Mohr, 2010). In questo senso, è possibile ricondurre l'utilizzo della contenzione meccanica all'interno del codice etico allorché si trovi un equilibrio fra la gestione della sicurezza o del percorso terapeutico del paziente e i rischi e le criticità mediche che accompagnano l'uso di tali modalità

di gestione del comportamento. A questo riguardo, il quadro deontologico e giuridico in Italia fornisce spesso, anche se in forma generale, indicazioni sull'applicabilità delle forme di coercizione: la contenzione fisica e meccanica può essere giustificata indirettamente all'interno del cosiddetto "stato di necessità" regolato dall'articolo 54 del codice penale, attraverso cui si richiede che il personale assistenziale debba prodigarsi nel preservare la salute e l'integrità fisica del paziente (Di Lorenzo *et al.*, 2012). Da questa prospettiva, il mancato intervento teso ad arginare i comportamenti aggressivi e violenti dei pazienti (la mancata contenzione) si configurerebbe come crimine di omissione di soccorso e di abbandono di incapace (Cerasoli, 2007). Nel momento in cui risultassero fallimentari i tentativi non coercitivi di gestione della situazione, l'utilizzo della *contenzione meccanica* diventerebbe dunque un male necessario. Obbligo del personale è, in questo caso, gestire l'intervento di contenzione rispettando alcuni *standard* capaci di ricostruire l'equilibrio fra bisogno di sicurezza e tutela del paziente: la presenza di un numero sufficiente di personale per agire nel modo più veloce possibile evitando altri possibili inconvenienti per l'incolumità del soggetto, la definizione chiara dei ruoli di cui lo *staff* deve farsi carico nella gestione della contenzione, il controllo dello stato fisico del paziente e della sua corretta posizione allo scopo di evitare infortuni, ecc. (Rocca *et al.*, 2002). Tuttavia, il rapporto fra coercizione e rispetto dei principi etici e pragmatici precedentemente descritti è sostenuto da un equilibrio instabile. Molte sono infatti le critiche riferibili all'utilizzo dei mezzi di contenzione anche in situazioni d'emergenza ed è diffusa la necessità di mettere a punto strumenti alternativi per la gestione dei comportamenti aggressivi che accompagnano la domanda di servizi di cura in ambito psichiatrico.

### **2.2.2. No restraint: la posizione critica e delegittimante della contenzione**

Nell'ottica e nel pensiero dell'approccio *no restraint*, la giustificazione della contenzione in base al principio di *beneficenza* risulta falsamente costruita, fondandosi spesso su assunti taciti derivanti da retoriche terapeutiche e morali che motivano, grazie all'asimmetria di potere esistente fra istituzione e paziente, le pratiche di degradazione (Dal Lago, 2010). Nonostante la garanzia di sicurezza costituisca la motivazione principale per l'utilizzo della contenzione, gli studi sul tema evidenziano invece un'implicita necessità relativa al mantenimento del controllo della situazione (Taxis, 2002). Spesso, l'uso della contenzione da parte dello *staff* assistenziale esula dal riferimento a principi prettamente etici. Secondo gli studi di Perkins *et al.* (2012), il diffondersi delle pratiche coercitive all'interno dei servizi di cura viene più volte giustificato in base alle necessità derivanti dal contesto di assistenza e alla mancanza di alternative, allorché viene incrinato il rapporto di fiducia professionale fra i membri del personale e fra questi e i pazienti. Sono cruciali, a tale riguardo, le evoluzioni delle *policies* inerenti ai servizi di cura, nonché le loro conseguenze sulla qualità dell'intervento e sul tempo disponibile per costruire un mutua fiducia fra i soggetti protagonisti del *setting* terapeutico. Sono inoltre diffusi i casi in cui le indicazioni formali sulla valutazione del rischio e sulla gestione dell'aggressività dei pazienti vengono lasciate in sospeso, in favore di un intervento guidato da intuizioni personali e dalla percezione di un pericolo immediato per lo *staff*. Tali dinamiche contribuiscono a restringere i confini entro cui è possibile compiere un'analisi lucida e razionale sull'uso e l'applicabilità della contenzione e, molto spesso, sono le stesse tensioni che gravano sulla cura degli stati acuti della sofferenza mentale a giustificare la continua necessità di avvalersi di strumenti coercitivi. Come risultato, la presenza effettiva di atti violenti da parte del paziente è raramente menzionata come causa di episodi di contenzione (Ryan, Bowers, 2006). Le ragioni principali sono più spesso legate al confronto con atteggiamenti e comportamenti dei pazienti che, in maniera più generale, perturbano lo *status quo* dell'assistenza, implicando soluzioni spesso impegnative e onerose a livello cognitivo ed emozionale.

Piuttosto che sottolineare le carenze organizzativo-gestionali dei servizi di cura, tali evidenze costituiscono l'epifenomeno di una criticità ben più profonda caratterizzante la contenzione nel suo complesso, capace di delegittimare l'utilizzo di strumenti coercitivi entro il paradigma dell'etica professionale. Sebbene la prevenzione di comportamenti aggressivi, il rispetto dell'incolumità del paziente e la garanzia di tranquillità/gestibilità del luogo di cura siano esigenze non eludibili da parte del personale sanitario, in virtù della *posizione di garanzia* di cui sono investiti per legge (Dodaro, 2013), l'utilizzo della contenzione – e della *contenzione meccanica* in particolare – sottintende la costruzione di un rapporto medico-paziente fortemente improntato

alla passività e remissività del secondo nei confronti del primo. In altre parole, l'idea è che i professionisti della salute siano esperti del settore e i pazienti, nel loro *ruolo* di malati, debbano essere i recettori cooperativi delle terapie messe in atto (Mohr, 2010). In tali condizioni, diventa difficile giustificare le pratiche di contenzione anche facendo riferimento alla neutralità della medicina, in quanto prestazione di un servizio tecnico: il propendere per un'azione di custodia e di contenimento è spesso proporzionale al potere contrattuale che il malato ha nei confronti del medico e, proprio in tale rapporto di forza, viene ricostruita la cura della malattia o, viceversa, l'ineluttabilità della sofferenza. Purtroppo, il ritorno a retoriche che favoriscono la custodia e l'isolamento delle persone "pericolose a sé e a gli altri", seppur in modo occasionale e senza il supporto dell'istituzione manicomiale, si lega implicitamente alla storia della psichiatria e all'inserimento progressivo del trattamento della follia entro la cura medica. Come suggerisce Foucault (2003, tr. it., 2006), uno dei problemi fondamentali dell'evoluzione della disciplina psichiatrica è stato da sempre la mancanza di un "corpo malato", su cui ricostruire chiaramente l'eziologia patologica e la possibilità d'intervento. A meno di non ridurre la sofferenza mentale a condizioni di natura strettamente anatomo-patologica o relativa a disfunzioni di ordine neurologico<sup>37</sup>, la realtà del problema psichiatrico si costruisce progressivamente solo in un'ottica relazionale, soprattutto nell'incontro fra psichiatra e paziente. Purtroppo, la traslazione della malattia dal contesto biologico-individuale a quello relazionale generalmente non ostacola il tentativo di iscrivere la malattia mentale all'interno di una sintomatologia medica di carattere generale: l'incontro psichiatra-paziente riduce ancora il malato ad uno strumento oggettivo attraverso il quale mettere alla prova la verità scientifica della disciplina. Si *presume* l'esistenza di un "corpo malato" e, in base a questa presunzione, si tende ad oggettivare l'individuo «[...] *come se fosse malato*, instaurando un rapporto che non ha nulla di terapeutico, dato che perpetua l'oggettivazione del paziente, fonte essa stessa di regressione e malattia» (Basaglia, 2010, p. 406). Così, l'obbligo morale di ridurre la sofferenza viene condizionato da una rappresentazione di coloro che sono afflitti da gravi disturbi mentali come persone incapaci di capire i bisogni del trattamento e, proprio per tale motivo, passibili di essere soggetti ad *un intervento paternalistico* del servizio di cura (Høyer *et al.*, 2002). In questo senso, azioni – come quelle di contenzione – messe in atto nell'interesse del paziente possono condurlo verso la mortificazione della propria *libertà e autonomia decisionale* e con essa all'annullamento di qualsiasi capacità di reagire ai rischi disfunzionali, regressivi o degenerativi che generalmente i disagi psichici recano con sé. Proprio in riferimento a quest'ultimo punto è possibile ridefinire l'utilizzo dei mezzi di coercizione come eticamente illegittimo. La moralità occidentale, infatti, si basa in buona parte sulla valorizzazione della libertà individuale, attraverso la difesa dell'*autonomia* dei singoli in quanto diritto all'autodeterminazione senza interferenze e controllo esterno e quale capacità di decidere e agire intenzionalmente (Mohr, 2010). In questo senso, la *contenzione meccanica* – se non la contenzione in genere all'interno dei servizi psichiatrici – è in profonda contraddizione rispetto a tale principio di *autonomia*, in quanto limita la libertà del paziente e agisce contro la sua volontà.

L'uso della *contenzione meccanica*, anche in un contesto che ne giustifica la legittimità, mette dunque in gioco un ben più profondo *empasse* di natura etica: perseguire il principio di *beneficenza* in situazioni di emergenza entra necessariamente in conflitto con il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente. Quale sarebbe dunque il principale dovere del personale assistenziale? Agire nella salvaguardia dell'incolumità del paziente oppure supportare e difendere l'autonomia di quest'ultimo? Tale dilemma persiste solo nel caso in cui si consideri la *contenzione meccanica* come un atto tendenzialmente *terapeutico*. Proprio su questa considerazione, la posizione *no restraint* esprime la critica più forte nei confronti dei trattamenti coercitivi: non solo viene negata la valenza medica e/o terapeutica di tali strumenti, ma il loro utilizzo può configurare, a livello giuridico, il "sequestro di persona" e, secondo le circostanze, la "violenza privata" aggravata da maltrattamenti (Dodaro, 2013, Ferioli, 2013). Come già riferito in introduzione, secondo Grassi e Ramaciotti (2009, p. 15, corsivo aggiunto):

.....  
 37 Sebbene tali rappresentazioni della malattia mentale possano sembrare oramai datate e caratterizzanti una pratica tipica del XIX e della prima metà del XX secolo, la tendenza a ridurre la realtà della malattia mentale ad elementi di natura organica e biologica sopravvive ancora oggi. Come affermano Brutti e Parlani Brutti (2006), nonostante l'analisi critica portata avanti dai movimenti antipsichiatrici e antimanicomiali, si è progressivamente affermato un modello psichiatrico che tende a soffocare l'importanza della psicanalisi, quale strumento di intervento per la salute mentale e utile alla cancellazione di ogni orizzonte di violenza fisica e morale, in favore del modello della psicofarmacologia che riduce la sofferenza ai soli meccanismi cerebrali.

Una psichiatria senza contenzione costituisce un obbligo giuridico e prima ancora deontologico. [...] La contenzione meccanica, oltre a essere illecita, è anche segnale dell'inadeguatezza tecnica e organizzativa della struttura sanitaria ove sia praticata [...] ancor più ingiustificata quando abbia luogo presso strutture quali i centri di diagnosi e cura, *istituite proprio allo scopo di far fronte a situazioni di crisi*.

A partire da queste considerazioni emerge un altro interrogativo: come è possibile non rinvenire una contraddizione in un sistema di cura psichiatrica che da un lato dovrebbe lavorare per promuovere l'autonomia del paziente nel far fronte alle difficoltà e dall'altro nelle strategie di cura include la sottrazione della libertà di movimento e di espressione?

Questa stessa perplessità è stata condivisa nel tempo anche a livello internazionale, come emerge da un *report* redatto per conto del *Californial Senate Office of Research* (Mildred, 2002, cit. in Norcio, 2006, p. 3):

[...] queste misure non alleviano l'umana sofferenza o i sintomi psichiatrici, non modificano i comportamenti e causano invece frequentemente nei pazienti [...] lesioni traumi emotivi e morte. Gli aspetti anti-terapeutici di queste misure consistono nel fatto che cercare di imporre trattamenti coercitivi produce sempre umiliazione, risentimento e resistenza ad ulteriori (e successivi) trattamenti che potrebbero essere di maggiore aiuto.

Considerare la valenza anti-terapeutica delle misure coercitive permette, in sostanza, di scindere nella consuetudine assistenziale la pratica della *contenzione* da quella del *contenimento* (Brutti, Parlani Brutti, 2006). Se con la prima si intende l'intervento violento teso al blocco della crisi, con la seconda si possono raggruppare le procedure tese a definire il contesto applicativo di compiti utili a facilitare l'intervento di cura; intervento necessariamente supportato da una trama comunicativa sviluppata tra medico e paziente e fra questi e l'istituzione assistenziale più generale. Rifiutare la *contenzione meccanica* come prassi medica conduce, dunque, la disciplina psichiatrica a sottolineare, laddove ce ne fosse bisogno, la distinzione fra custodia, controllo e cura, al fine di evitare l'attribuzione alla custodia valore di cura e alla cura quello di controllo (*ibidem*). Una condizione che, nell'ottica *no restraint*, si adatta maggiormente al nuovo ruolo che deve assumere lo psichiatra in un panorama della sofferenza mentale radicalmente diverso rispetto ai secoli precedenti: non si chiede più il controllo della pericolosità, quanto affrontare un arco ben più ampio di forme di disagio mentale e la diffusione di entità psicopatologiche che abbracciano anche condizioni di momentaneo malessere e infelicità. In un contesto europeo in cui alla rapidità evolutiva dei dispositivi e delle strutture politiche ed economiche si accompagna una mancanza relativa all'analisi delle questioni sociali e della vita collettiva, l'assistenza psichiatrica è costretta a fare oggetto d'intervento il più ampio panorama della *salute mentale*, attenuando i processi di stigmatizzazione verso i degenti psichiatrici e impegnandosi per la prevenzione e il recupero della sofferenza (Atti di convegno, 2006).

La posizione *no restraint* spoglia, dunque, l'uso della contenzione da ogni argomentazione che ne possa valorizzare la legittimità: è uno strumento obsoleto, non al passo con le nuove richieste che coinvolgono i servizi di cura, e tendenzialmente estraneo ad una corretta prassi medica. Se la *contenzione meccanica* non ha effetti terapeutici, non ha senso interrogarsi sul suo inquadramento all'interno dei principi professionali; costituisce semmai una palese infrazione dell'*autonomia* individuale o, addirittura, una violazione del principio etico della *non maleficenza*, mettendo a rischio la salute e l'integrità fisica del paziente.

## 2.3. Alla ricerca di soluzioni al dibattito: lo studio empirico degli effetti associati alle pratiche di contenzione

### 2.3.1. Le indagini sperimentali sugli effetti della contenzione meccanica

Il dibattito in merito all'utilizzo degli strumenti di contenzione si definisce dunque nei termini di un *aut-aut*:



o le misure di coercizione sono utili e necessarie, e impegno comune dell'assistenza è trovare un equilibrio tra rischi e benefici della pratica, oppure, secondo la posizione *no restraint*, il loro uso è illegittimo ed è doveroso auspicarne la definitiva scomparsa. Negli anni, la ricerca sugli effetti della *contenzione* ha cercato di trovare una soluzione scientificamente orientata al dibattito presentato, utile a sciogliere le controversie che si sono create sul tema. Come accennato, l'obiettivo è delineare un supporto empirico capace di descrivere la *valenza terapeutica* della *contenzione* e, per questa via, stabilirne il ruolo all'interno della pratica medica, nel rispetto del codice deontologico-professionale. A questo proposito, molti studi sul fenomeno sottolineano gli effetti negativi determinati dall'utilizzo della *contenzione meccanica* all'interno dei servizi di cura (Kaltiala-Heino *et al.*, 2003, Mohr *et al.*, 2003, Nunno *et al.*, 2006). Ben documentati sono, ad esempio, i rischi per l'integrità fisica del paziente: perdita di forza muscolare, ulcere causate da pressione, incontinenza, soffocamento e, nei casi più estremi, morte (Berzlanovich, Schöpfer, Keil, 2012); effetti che si accompagnano alle misure di coercizione anche nel contesto di un uso oculato, attento e limitato di tali strumenti. Risulta, inoltre, difficoltoso stabilire gli effetti della contenzione sul più generale percorso terapeutico in cui è coinvolto il paziente. Se la valutazione del beneficio terapeutico si basa sulla possibilità di condizionare il comportamento antisociale dei soggetti, evitando al contempo le ricadute di azioni e atteggiamenti violenti, alcune ricerche sembrano attribuire alla contenzione (spesso categorizzata in un'accezione più ampia: fisica, meccanica, ambientale) un occasionale effetto positivo (Goren, Curtis, 1996, Whaley, Ramirez, 1980). Tuttavia, come mette in luce Chamberlin (1985), un comportamento maggiormente accondiscendente dei pazienti, successivo all'utilizzo della contenzione (spesso accompagnata da periodi di isolamento ambientale), sembra essere il risultato di un rinforzo negativo: i soggetti imparano a eludere la contenzione giocando sulle aspettative del personale assistenziale, benché non siano convinti degli effetti terapeutici di quest'ultima e sviluppando, allo stesso tempo, un sentimento di rivalse e frustrazione nei confronti dello *staff*.

In questo senso, la valutazione degli effetti della contenzione in relazione allo stato psicologico del paziente evidenzia la profonda criticità di tali pratiche. Generalmente, le vittime della contenzione sono caratterizzate da sentimenti di sconforto, rabbia, paura e risentimento (Scherer *et al.*, 1993, Yang, Chung, 1996). Inoltre, gli episodi di contenzione sembrano costituire un ostacolo aggiuntivo rispetto all'esperienza di cura, rinsaldando la percezione dell'ineluttabilità della malattia e sviluppando, nei casi più estremi, una situazione traumatica con gravi sviluppi nel lungo periodo a cui si accompagnano disordini da stress post-traumatico, soprattutto laddove il paziente abbia avuto esperienze di abusi fisici o sessuali (Rakhmatullina *et al.*, 2013). Generalmente, l'utilizzo della coercizione (ad ogni livello) nel trattamento della salute mentale sembra mettere in moto meccanismi di alienazione del paziente, riducendo il coinvolgimento di questi all'interno dell'interazione con il personale assistenziale (Iversen, Høyer, Sexton, 2007, Kaltiala-Heino, Laippala, Salokangas, 1997).

Esiste, infatti, un circolo perverso della coercizione e della violenza all'interno della pratica psichiatrica che, iniziando dall'ammissione *involontaria* del paziente, sollecita l'utilizzo degli strumenti di contenzione e finisce con il produrre l'aumento degli episodi di ricovero coatto all'interno della storia clinica dell'interessato (Link *et al.* 2008), anche dovuti alla percezione dell'intervento psichiatrico come un abuso operato dall'istituzione medica e all'uscita dai percorsi esterni, di natura psichiatrica e psicoterapeutica, precedentemente intrapresi. Da una parte, coloro che accedono *involontariamente* ai servizi di cura sono infatti maggiormente propensi a sviluppare sentimenti di vergogna riguardo alla propria condizione e più vulnerabili alla stigmatizzazione e alla mortificazione della propria autostima (Rüsch *et al.* 2014); dall'altra, il ricovero involontario aumenta la possibilità di subire episodi di isolamento e contenzione, spingendo il paziente verso la percezione di un'ulteriore umiliazione, oltre ad enfatizzare stati patologici legati alla rabbia, alla confusione e alla solitudine (Hoekstra *et al.* 2004). In questo modo, il trauma legato alla contenzione non permette di riconoscere in maniera chiara le ragioni sottostanti all'intervento e conduce a considerare la contenzione – soprattutto *meccanica* – come una punizione esercitata dallo *staff* clinico o un'ingiustificata forma di tortura (Meehan *et al.* 2004, Holmes *et al.* 2004, Frueh *et al.* 2005).

Tuttavia, non mancano in letteratura alcuni risultati in controtendenza rispetto alle considerazioni esposte. Alcune ricerche mettono in luce come, al di là dei rischi fisici inerenti alla contenzione, alcuni pazienti riescano a recepire le motivazioni della coercizione subita, arrivando a considerarla come parte integrante

della cura ospedaliera (Vartiainen *et al.*, 1995, Repo-Tiihonen *et al.*, 2004, Kuosmanen *et al.*, 2007). Non manca, in questi casi, la percezione a posteriori di alcuni effetti positivi legati al bisogno di sicurezza e tranquillità durante i propri stati confusionari (Meehan *et al.*, 2000, Kjellin *et al.*, 2004). In questo contesto, il circolo perverso della contenzione può, a volte, non trovare corrispondenza nell'esperienza dei soggetti coinvolti nella pratica di cura. Una ricerca svolta in Gran Bretagna (Priebe *et al.*, 2009) non evidenzia, ad esempio, associazioni significative tra sperimentare esperienze coercitive legate all'intervento psichiatrico e l'aumento delle ospedalizzazioni all'interno della storia clinica dei pazienti<sup>38</sup>. In accordo con tali risultati, una ricerca finlandese (Soininen, 2013) ha rilevato come gli episodi di isolamento e contenzione siano associati alla percezione di una migliore "qualità della vita" da parte dei pazienti<sup>39</sup>. Tuttavia, come affermano gli stessi autori, esistono dubbi sul fatto che tale relazione possa essere considerata di natura causale. Una minor "qualità della vita" rilevata tra soggetti non sottoposti a *restraint* potrebbe infatti derivare da effetti di mascheramento legati alla patologia degli intervistati<sup>40</sup>, senza contare che un effettivo controllo del risultato dovrebbe basarsi su una rilevazione longitudinale non presente all'interno della ricerca.

La letteratura sugli effetti della contenzione interessa, oltre che i singoli individui, anche il più ampio contesto sociale in cui questi sono inseriti. Alcuni studi, ad esempio, evidenziano come l'utilizzo di misure di contenzione influenzi la percezione dell'efficacia inerente l'intervento di cura anche da parte della famiglia del paziente. Nella maggior parte dei casi, i familiari esprimono un generale sentimento di ansia e preoccupazione rispetto all'utilizzo di tali misure coercitive sui propri cari, non riuscendo a ricostruire una motivazione sottostante l'intervento e risultando poco informati sugli effetti della contenzione rispetto alla salute psico-fisica dei pazienti (Hardin *et al.*, 1993, Kanski *et al.*, 1996).

Non mancano, inoltre, studi che evidenziano criticità rispetto agli atteggiamenti e alle percezioni maturate dal personale assistenziale all'interno dei servizi di cura. Ricerche sistematiche sul tema hanno ad esempio messo in luce come, al di là dei contesti nazionali in cui la contenzione è praticata, il personale infermieristico e assistenziale sviluppi un insieme di credenze e atteggiamenti non coerente nei riguardi della contenzione, evidenziando, tuttavia, i risultati negativi apportati da tali pratiche. A livello generale, infatti, lo *staff* riconosce che gli effetti più evidenti prodotti dall'utilizzo della contenzione siano sostanzialmente il rischio per la salute fisica del paziente e lo sviluppo di sentimenti come rabbia, risentimento e depressione (Bower *et al.*, 2003). In tale contesto, lo stesso personale assistenziale può diventare una vittima delle dinamiche socio-relazionali messe in gioco dall'utilizzo di tali pratiche (Lai, 2007). Il rifiuto etico di affrontare l'emergenza psichiatrica attraverso la contenzione viene, infatti, quotidianamente offuscato dalla necessità di prevenire incidenti e preservare la tranquillità dell'ambiente di cura; ciò comporta il diffondersi di un sentimento di inadeguatezza relativo alla pratica d'assistenza, accentuato spesso da una comunicazione difficoltosa con il *management* dei servizi di cura e dalla presenza di posizioni contrastanti inerenti alla legittimità delle misure coercitive.

Alla luce dei risultati fin qui esposti, è opportuno domandarsi se la ricerca empirica sul tema permetta di stabilire una posizione dominante nel dibattito sull'uso della contenzione all'interno dell'intervento psichiatrico. È certo che la contenzione rappresenti una pratica essenzialmente rischiosa per la salute fisica dei pazienti, responsabile, nei casi estremi, di episodi di decesso. Tuttavia, rimangono ancora dubbi e perplessità sul suo valore terapeutico: la contenzione costituisce un ulteriore evento traumatico nel medio e lungo periodo? Gli effetti negativi sull'equilibrio psicologico dei soggetti sono sempre maggiori rispetto alla garanzia dell'incolumità di pazienti e *staff*? Esistono metodi alternativi, scientificamente ed empiricamente supportati, di gestione dell'emergenza capaci di espellere la contenzione fisica e meccanica dalla pratica quotidiana

38 È doveroso puntualizzare come l'intervento psichiatrico in Gran Bretagna sia, da molto tempo, particolarmente sensibile alla riduzione delle forme di contenzione. La contenzione meccanica è, infatti, raramente applicata se non proibita all'interno delle procedure cliniche.

39 Il concetto di "qualità della vita" utilizzato all'interno di tale ricerca è stato rilevato tramite il "Quality of Life and Satisfaction Questionnaire" composto da 16 items capaci di rendere conto delle emozioni, delle relazioni sociali, della salute fisica e di altre tematiche relative alla vita dei pazienti. Tale questionario è stato somministrato ad un campione di pazienti al termine del periodo di degenza.

40 Nella ricerca, infatti, il sottogruppo del campione caratterizzato da episodi di contenzione è sovrarappresentato fra i degenti con diagnosi legate a "disordini dell'umore"; patologia che, come affermano gli autori, può influire indipendentemente sulla percezione della QoL.

dell'assistenza?

A livello generale, rispondere in maniera definitiva a tali domande è ancora una questione controversa. Al di là del materiale empirico prodotto sul tema, molti sono ancora i problemi di ordine metodologico sottesi allo studio della contenzione: i dati sono spesso incompleti, basati a volte su campioni limitati e spesso derivati da studi retrospettivi. In generale:

[...] sappiamo che i pazienti sviluppano sentimenti negativi nei confronti della contenzione e, contrariamente a quanto si può credere, la contenzione può essere sia pericolosa, sia protettiva. Sappiamo che l'utilizzo di tali pratiche è molto diffuso, ma non sappiamo perché ne viene fatto un uso continuativo. Sappiamo inoltre che alcuni programmi educativi e alcune alternative alla contenzione hanno avuto successo ma, allo stesso tempo, non sono stati utilizzati in un contesto più generale. Sappiamo anche che il personale infermieristico è gravato da traumi e stress quando applica la contenzione ai pazienti, ma allo stesso tempo crede che sia una pratica necessaria per proteggere l'istituzione e se stessi da controversie anche a livello giuridico. Sappiamo molto di ciò che non è utile. Dobbiamo conoscere più a fondo il tema, affinché gli interventi possano basarsi su giudizi razionali (Bower *et al.*, 2003, p. 14; *traduzione nostra*).

Tuttavia, una revisione sistematica della documentazione prodotta, tenendo comunque presenti i problemi metodologici esposti, sembra supportare un'impostazione che tende a limitare la legittimità del ricorso a pratiche *restraint*. In fin dei conti, questa sembra essere anche la posizione sviluppata in ambito internazionale e soprattutto europeo, come mette in evidenza il *report redatto nel 2012* dall'*European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment*, secondo cui:

- Non esistono prove scientifiche a supporto di benefici terapeutici risultanti dalla contenzione;
- Non vi è prova che la contenzione sia una pratica capace di ridurre il livello complessivo di episodi violenti, né di limitare le situazioni dove è presente un pericolo imminente per il paziente o per terze persone;
- La contenzione meccanica risulta una pratica più pericolosa rispetto ad altre modalità d'intervento.

## 2.4. Al di là del dibattito etico: fattori individuali e contestuali legati all'utilizzo della contenzione meccanica

Il bilancio delle ricerche sugli effetti e sull'uso della contenzione meccanica sembra dunque propendere verso la necessità di adottare pratiche *no restraint*. Al di là del dibattito ideologico ed etico, non considerare la contenzione come pratica terapeutica implica il dovere di costruire l'intervento psichiatrico mediante soluzioni alternative. Bak *et al.* (2012), attraverso una sistematica ricognizione della produzione scientifica internazionale, evidenziano come tali soluzioni esistano e producano risultati proficui per la pratica di cura e per la riduzione degli episodi di contenzione (ad esempio, la *Cognitive Milieu Therapy*, o il *Tidal Model*<sup>41</sup>).

A livello generale, la gestione dell'emergenza attraverso un'impostazione *no restraint* sembra seguire progetti d'intervento *centrati sul paziente*, a cui si associano pratiche focalizzate sul dialogo fra questi e il personale assistenziale, l'addestramento e l'educazione dello *staff*, la cooperazione organizzativa, i cambiamenti culturali nell'approccio all'emergenza e al *management* del rischio, ecc.

.....  
41 La Cognitive Milieu Therapy (CMT) è una forma di trattamento «attiva, strutturata, orientata al problema e dinamica. Il modello di trattamento cognitivo concede al paziente la possibilità di trovare nuove alternative a schemi di comportamento inappropriati e di sviluppare nuove abilità. Uno degli elementi principali della CMT è un protocollo focalizzato sul dialogo fra il paziente e lo staff, applicato in situazioni a rischio *restraint*» (Bak *et al.*, 2012, p. 87, *traduzione nostra*) Il Tidal Model (TM) si concentra «sull'aiutare i pazienti che hanno vissuto un metaforico "breakdown", ricostruendo il loro percorso di vita attraverso la rievocazione della storia personale di sofferenza e difficoltà.» (*ibidem*, p. 88, *traduzione nostra*)

In questo scenario, gli argomenti a favore dell'uso legittimo della contenzione meccanica sembrano configurarsi come una giustificazione *ad hoc* susseguente ad un'incapacità generalizzata (personale e/o organizzativa) nell'affrontare le tensioni emotive e comportamentali messe in gioco dagli stati acuti della patologia mentale. Come precedentemente accennato, un aspetto particolarmente critico è il fatto che la contenzione meccanica sia maggiormente diffusa proprio nel trattamento *non volontario* della sofferenza mentale (come ad esempio nel caso del TSO italiano). Nel trattamento coatto, la situazione d'emergenza già di per sé dovrebbe suggerire la messa in atto di pratiche di tutela della sicurezza del paziente, senza cadere in strategie, a loro volta coercitive, mirate esclusivamente alla gestione della pericolosità *percepita* nei confronti degli altri pazienti e della gestione complessiva della sofferenza mentale.

Nonostante l'appello al solo "stato di necessità", la contenzione meccanica continua dunque ad essere quotidianamente praticata nei SPDC italiani e sfocia spesso in forme di abuso, come documentato dai diversi casi di decesso, che rappresentano peraltro solo la punta di un iceberg più esteso parzialmente invisibile agli occhi della società civile. In relazione a questo scenario, è doveroso interrogarsi sui motivi e sulla cause che determinano la variabilità con cui nelle diverse strutture si ricorre alla contenzione meccanica.

A questo riguardo, la ricerca empirica internazionale si è occupata da tempo di delineare i fattori di rischio legati all'utilizzo delle modalità coercitive di intervento, evidenziando le condizioni che tendono ad influenzare il numero degli episodi di contenzione meccanica all'interno dei servizi di cura. Considerando che molte delle criticità emerse sono il risultato di attività quotidiane inerenti ai processi di socializzazione e di confronto all'interno dei reparti psichiatrici, i fattori di rischio identificati possono costituire un necessario punto di riferimento per i responsabili e gli *stakeholders* del contesto di cura, capaci di sollecitare interventi tesi alla riduzione delle pratiche di coercizione. In vista della conduzione di un'indagine italiana centrata su questi obiettivi, che il nostro gruppo di ricerca intende avviare a partire da questo primo lavoro esplorativo, ripercorrere i risultati delle analisi prodotte a livello internazionale costituisce un riferimento essenziale per selezionare e operativizzare gli aspetti più rilevanti dello studio. Le condizioni associate alla diffusione della contenzione delineano, in sostanza, una mappa concettuale ed empirica da cui è possibile estrapolare i processi e i meccanismi sociali e relazionali che determinano il ricorso ad una pratica oramai priva di ogni giustificazione terapeutica.

### 2.4.1. Caratteristiche della domanda dei servizi di cura: fattori di rischio individuali legati alla condizione del paziente

I risultati prodotti mettono innanzitutto in luce come l'utilizzo della contenzione (di diverso tipo) ricorra maggiormente tra pazienti che condividono specifiche caratteristiche della propria storia clinica e determinate caratterizzazioni a livello socio-demografico.

La ricognizione sistematica prodotta da Beghi *et al.* (2013) permette, a questo proposito, di tracciare una panoramica generale dei fattori di rischio che rendono i pazienti più vulnerabili rispetto alla possibilità di esperire la contenzione nella sua accezione più generale (Tavola 2.1).

**Tav. 2.1 – Prospetto sinottico delle ricerche sulla contenzione comprensivo delle condizioni individuali riscontrate rispetto all'utilizzo di restraint (Fonte: Beghi et al. (2013), estratto)**

Autore	Caratteristiche dello studio	Risultati più salienti
Husum <i>et al.</i> (2010)	<b>3572 pazienti</b>	Associazioni positive fra contenzione e sintomi legati ad aggressività/iperattività o rischio di suicidio/violenza verso se stessi
Kaltiala <i>et al.</i> (2003)	<b>1543 pazienti</b> (follow-up 6 mesi)	<i>Restraint</i> motivato da episodi di violenza. Stati di agitazione e disorientamento influiscono su episodi di contenzione e isolamento quando sono accompagnati da diagnosi di schizofrenia o da abuso di sostanze

Kaplan <i>et al.</i> (1996)	<b>224 pazienti</b> (follow-up 1 anno)	Sono più frequenti episodi di contenzione tra pazienti caratterizzati da disordine dell'umore rispetto ad una diagnosi di schizofrenia
Keski-Valkama <i>et al.</i> (2007)	<b>Follow-up 15 anni</b>	I maschi sono maggiormente a rischio di contenzione e isolamento. La diagnosi maggiormente rappresentativa della contenzione è la psicosi e, in secondo luogo, l'abuso di sostanze
Keski-Valkama <i>et al.</i> (2010)	<b>Studio retrospettivo</b> (1 anno)	Maggiori rischi di contenzione in presenza di schizofrenia e abuso di sostanze
Knutzen <i>et al.</i> (2007)	<b>960 pazienti</b> (follow-up 2 anni)	Rischio <i>restraint</i> particolarmente elevato tra gli immigrati più giovani, di solito sottoposti a contenzione combinata di tipo farmacologico e meccanico
Korkeila <i>et al.</i> (2002)	<b>Follow-up 6 mesi</b>	Isolamento e contenzione sono più probabili fra pazienti ricoverati involontariamente, con precedenti esperienze di ricovero e d'abuso di sostanze
Migon <i>et al.</i> (2008)	<b>Follow-up 6 mesi e campionamento probabilistico dei servizi di cura</b>	Contenzione fisica più frequente tra pazienti in stato d'agitazione prodotto da abuso di sostanze, demenza, difficoltà d'apprendimento e disordini organici
Minnick <i>et al.</i> (2007)	<b>74 unità psichiatriche</b>	Episodi di contenzione sono maggiormente rappresentati tra la popolazione maschile
Odawara <i>et al.</i> (2005)	<b>1334 pazienti</b> (follow-up 4 anni)	Episodi di contenzione sovra rappresentata fra i maschi, età avanzata, ricovero involontario, senza precedenti trattamenti, episodi precedenti di tentato suicidio, disfunzioni cerebrali e aggressività
Papaliagkas <i>et al.</i> , (2010)	<b>342 pazienti</b>	Episodi <i>restraint</i> più frequenti fra la popolazione maschile e fra quanti soffrono di disordine psicotico
Porat <i>et al.</i> (1997)	<b>1419 pazienti</b>	La contenzione è più frequente fra i maschi, i non sposati e fra quanti sono caratterizzati da disordine psicotico
Raboch <i>et al.</i> (2010)	<b>1930 pazienti</b>	Diagnosi di schizofrenia maggiormente associata all'utilizzo di misure coercitive
Smith (1997)	<b>48 episodi di contenzione</b>	I pazienti coinvolti in episodi di contenzione sono in larga parte schizofrenici, maschi, coinvolti in assalti fisici verso terze persone
Steinert, Gebhardt (2000)	<b>193 pazienti</b>	Contenzione associata ad aggressioni e a gravi psicopatologie
Steinert <i>et al.</i> (2007)	<b>370 pazienti</b>	Fattori di rischio per la contenzione e l'isolamento sono: comportamenti aggressivi, ostilità durante l'ammissione ed esposizione a precedenti eventi traumatici
Sweet (1997)	<b>370 pazienti</b>	Accertate associazioni fra contenzione e personalità borderline, giovane età e irritabilità
Way, Banks (1990)	<b>657 pazienti sottoposti a contenzione vs. 22939 senza contenzione</b> (case control)	Contenzione più frequente fra i più giovani, fra pazienti caratterizzati da lunga degenza, ricovero involontario e da diagnosi di ritardo mentale
Wynn (2002)	<b>1269 episodi di contenzione</b>	Contenzione fisica maggiormente usata fra giovani maschi e tra pazienti non psicotici

Sebbene molti risultati siano limitati ad un contesto locale e nonostante le differenze inerenti al disegno della ricerca, valutando preliminarmente il rigore metodologico degli studi e sulla base della ricorrenza dei risultati, gli stessi autori evidenziano la sistematicità dei seguenti fattori di rischio:

*Genere:* i pazienti di sesso maschile sono maggiormente coinvolti in episodi di contenzione e l'aggressività tende ad essere indirizzata verso persone dello stesso genere. In questo modo, la messa in pratica di misure coercitive caratterizza in maniera maggiore il personale assistenziale di sesso maschile, soprattutto per quanto riguardo l'uso della *contenzione meccanica* (Muir-Cochrane, Bowers, Jeffery, 2009).

*Gravi psicopatologie:* diagnosi di schizofrenia e di altre forme acute di malessere psichico aumentano il rischio legato ad episodi di contenzione anche al di là dell'incidenza di comportamenti aggressivi da parte dei pazienti.

*Ospedalizzazione involontaria:* in base anche a precedenti ricognizioni della letteratura (Cornaggia *et al.*, 2011), il trattamento coatto è associato a episodi di aggressività e all'uso di misure di contenzione. I pazienti ospedalizzati contro la propria volontà tendono ad essere maggiormente ostili nei confronti dello *staff* e, allo stesso tempo, il personale assistenziale risulta predisposto, indipendentemente dal comportamento del degente, ad averne una considerazione negativa e ad avere scarsa fiducia nelle sue risposte alle pratiche di cura.

*Immigrazione-etnicità:* gli episodi di contenzione sembrano maggiormente diffusi tra i pazienti non autoctoni rispetto al contesto nazionale in cui sono state condotte le ricerche presentate. Non solo l'emergere di difficoltà comunicative incide sull'utilizzo di modalità coercitive d'intervento, ma è il più generale contesto della migrazione ad influire sulla percezione del "rischio" all'interno dei servizi di cura. È probabile che, in tale situazione, la pericolosità associata alla gestione dell'emergenza sia accentuata da pregiudizi etnici, diffusi nel contesto socio-culturale di appartenenza. Come affermano Price *et al.* (2004), gli appartenenti a gruppi minoritari sono di solito inaccuratamente percepiti come più violenti e, per questo, maggiormente esposti a pratiche di contenzione e isolamento durante il percorso psichiatrico.

Spostando il *focus* d'attenzione sul caso specifico della *contenzione meccanica*, una simile ricostruzione dei risultati empirici compiuta da Stewart *et al.* (2009) integra la configurazione appena presentata attraverso le seguenti condizioni di rischio supplementari:

*Età:* l'uso della contenzione meccanica sembra maggiormente diffuso nel trattamento dei pazienti più giovani. Inoltre, gli individui compresi tra i 18-39 anni sono più soggetti alla contenzione meccanica rispetto ad altre modalità di coercizione (ad esempio, isolamento e contenzione farmacologica).

*Comportamento antecedente:* alcuni studi mettono in evidenza come la contenzione meccanica sia associata ad aggressioni fisiche e minacce verbali messe in atto dal paziente nei confronti del personale o degli altri degenti. Tuttavia, gli eventi scatenanti gli episodi di contenzione esulano spesso dalle condizioni della sofferenza mentale (ad esempio, specifici sintomi psichiatrici) e sono maggiormente legati al contesto dell'intervento e alle sue inadeguatezze. Nella maggior parte dei casi si tratta dell'emergere di un conflitto paziente-staff o di un conflitto fra l'interessato e gli altri degenti che il personale non è in grado di gestire se non ricorrendo alla contenzione.

Sebbene le conclusioni di Stewart siano più caute in merito ad alcuni risultati emersi dalla ricognizione presentata da Beghi e colleghi (soprattutto per quanto riguarda *genere* ed *etnicità*), il complessivo panorama empirico presentato risulta congruente rispetto ai risultati di ricerche condotte nel nostro paese.

Di Lorenzo *et al.* (2014), attraverso una retrospettiva di 8 anni sull'uso della contenzione all'interno del SPDC di Modena, evidenziano come la *contenzione meccanica* sia utilizzata soprattutto nei confronti dei degenti di sesso maschile durante i primi momenti dell'ospedalizzazione, come risposta ai comportamenti aggressivi dei pazienti. A questo proposito, avere disordini neurocognitivi o soffrire di schizofrenia o altre gravi psicosi sono emersi come fattori di rischio privilegiati. Inoltre, una provenienza non-europea influenza significativamente la probabilità di essere sottoposti a contenzione, sottolineando la difficoltà nella gestione dell'emergenza in un contesto di differenza culturale e linguistica.

Tuttavia, alcuni dei risultati sistematici poc'anzi presentati non trovano un'esplicita conferma nella più recente ricerca transnazionale compiuta all'interno del contesto europeo (Kalisova *et al.*, 2014). In particolare, non vengono riscontrate associazioni fra uso della contenzione e caratteristiche socio-demografiche dei pazienti (nello specifico: età, genere), benché venga corroborata la presenza tra i fattori di rischio di caratteristiche legate allo stato patologico (soprattutto disordini psicotici)<sup>42</sup>.

La percezione dell'aggressività dei pazienti e la gestione del rischio rispetto alla propria o altrui incolumità fisica giocano, dunque, un ruolo cruciale nell'uso della contenzione meccanica.

Spesso, infatti, non sono gli effettivi comportamenti violenti a costringere il personale all'utilizzo della

.....  
<sup>42</sup> Il report cui si fa riferimento, basato sul progetto di ricerca EUNOMIA, non tratta singolarmente le varie forme di contenzione. Procedura che, come esplicitato dagli stessi autori, può nascondere la rilevanza di alcuni fattori su tali pratiche coercitive.

contenzione, bensì la mera percezione dell'eventualità che tali atti possano verificarsi nell'immediato, evidenziando come, in alcuni casi, le pratiche *restraint* siano più spesso utilizzate per difendere l'equilibrio socio-organizzativo dei servizi di cura piuttosto che per sedare la violenza dei pazienti (Marangos-Frost, Wells 2000, Soloff, 1979).

Oltre che su condizioni di natura contestuale, legate alla gestione dei reparti, la gestione del rischio si costruisce, in misura importante, in base ad elementi di natura personale: un complesso di intuizioni cognitive e predisposizioni emotive che generalmente derivano da inferenze avanzate sulla base di esperienze precedenti del personale assistenziale e da una più generale rappresentazione sociale della figura del malato mentale, declinata in termini di pericolosità e *marginalità* sociale.

Proprio in quest'ottica possiamo interpretare la ricorrenza dei fattori di rischio descritti nelle pagine precedenti: l'ospedalizzazione involontaria, ad esempio, comunica di per sé una possibile ostilità dell'individuo, creando nello *staff* la percezione che l'intervento terapeutico possa trasformarsi plausibilmente in uno scontro fra istituzione e paziente. La percezione da parte del personale di un rischio di *escalation* della violenza può essere, inoltre, accentuata dal genere, dall'età e/o dallo status di "immigrato" del degente, in quanto tra i giovani o gli stranieri di sesso maschile l'aggressività rappresenta spesso una risposta culturalmente valorizzata all'interno delle dinamiche di socializzazione, che dà corpo alle aspettative sociali anche in un contesto come quello degli SPDC. Tali elementi si inseriscono nel contesto di interazione fra paziente e personale assistenziale, amplificando i minimi segnali predittivi o diagnostici di comportamento ostile e attivando con più probabilità risposte "terapeutiche" non in linea rispetto alla *effettiva* pericolosità della situazione.

L'utilizzo di forme estreme di contenzione nasce dunque nell'immediato della relazione fra paziente e *staff* e, come accennato nelle pagine precedenti, in relazione al rapporto di forza che si viene a costruire. In tale contesto, anche l'aggressività da parte dei pazienti non è solo una risposta determinata dalla patologia mentale, quanto l'effetto di una ricerca d'emancipazione dalla marginalità della propria condizione. Spesso l'aggressività trascende la malattia e si pone quale risposta ad un generalizzato sentimento di ingiustizia (Basaglia, 2005) che, anche in un contesto estraneo all'internamento manicomiale, viene amplificato dalla subalternità percepita nei confronti dell'istituzione psichiatrica e da una risposta paternalistica alla propria sofferenza mentale. Gli studi di Laiho e colleghi (2014) mettono in evidenza come anche lo stesso personale assistenziale condivida concezioni divergenti in merito all'ostilità dei degenti psichiatrici: da una parte, è possibile ricostruire un'impostazione che fa dell'aggressività un'esperienza tendenzialmente *distruttiva* (inaccettabile, non necessaria, frutto di un atteggiamento non cooperativo e della necessità di dominare il prossimo), mentre, dall'altra, la stessa può assumere, agli occhi dello *staff*, connotati di natura *protettiva* (legata alla minaccia del proprio spazio fisico ed emotivo) o *comunicativa* (quale possibilità di cogliere il paziente da un diverso punto di vista e tappa iniziale per sviluppare una più positiva e proficua relazione).

Talvolta, però, è la sola inclusione del malato in specifiche categorie patologiche, spesso diagnosticate in modo alquanto provvisorio, a sollecitare l'utilizzo della contenzione. È plausibile, in questo caso, pensare che l'uso di pratiche coercitive all'interno dei servizi di cura sia imputabile ad una surrettizia volontà di ricondurre l'aggressività messa in gioco dal paziente agli elementi costitutivi dell'entità patologica. Si tratta, in sostanza, di una "oggettivazione dell'uomo in sindrome" (Basaglia, 2005), attraverso cui «il malato, strappato alla sua realtà ed estraniato dal contesto sociale in cui vive, viene etichettato, "costretto" ad aderire ad una malattia astratta, simbolica e, in quanto tale, ideologica» (*ibidem*, p. 43). In questo caso, alla violenza della contenzione si associa la *violenza dell'indifferenza e della rassegnazione*:

[...] non sempre si ascoltano i pazienti, non sempre si analizzano i modi di essere delle emozioni deformate e incendiate, non sempre si tiene conto dell'influenza semantica e del valore delle parole che possono attenuare e/o accrescere la condizione di sofferenza, non sempre si rispetta la dignità dei pazienti frantumabile dalla fretta e dall'impazienza, dalla distrazione, dalla fatica, dall'ansia e dalla perdita di speranza (Borgna, 2006, p. 17).

Molto spesso, la violenza associata alle forme acute di disagio mentale si costruisce all'interno della situazione terapeutica e nel mancato riconoscimento delle richieste che si definiscono nell'interazione fra medico e paziente. Se, come riscontrato empiricamente, una diagnosi di schizofrenia sollecita l'utilizzo della contenzione meccanica proprio in relazione alla gravità della patologia, dobbiamo considerare che:

[l']autismo schizofrenico non è pietrificato; non sfugge ad una sua emblematica connotazione relazionale, nonostante l'aggressività schizofrenica sia imprevedibile e incalcolabile [...]. [I] pazienti si confidano con alcuni medici, mentre con altri sono impenetrabili. Delirano con alcuni e non con altri. Aggrediscono alcuni e non altri, si lasciano medicare solo da certe persone [...]. (ivi)

Che la struttura della situazione terapeutica e le condizioni interne di natura relazionale siano elementi importanti per affrontare il fenomeno della contenzione meccanica è ben esemplificato dall'associazione accertata fra utilizzo di misure coercitive e presenza di una *alterità* linguistica e culturale. Il problema dell'immigrazione all'interno dei servizi di cura mette in gioco non solo la possibilità di avere a disposizione capacità tecniche e operative non comuni, ma anche la necessità di riesaminare il ruolo delle strutture psichiatriche all'interno del contesto sociale in cui sono inserite. È probabile che, sempre più spesso, siano demandati al servizio di cura la gestione e il contenimento di una marginalità non più – e non solo – patologica, ma afferente ad un contesto socio-economico più ampio. La difficoltà nel delegittimare le pratiche di contenzione si lega, in questo caso, all'emergere di situazioni multiproblematiche in cui il disturbo psichiatrico viene sempre più ricondotto alle ridotte capacità adattive dei soggetti, alla presenza di stigma sociali, all'esperienza di uno svantaggio culturale, a una rete sociale carente, ecc. Condizioni che il servizio di cura spesso non è preparato ad affrontare, soprattutto in alcune realtà del nostro paese dove, ad esempio, gli SPDC sono ritenuti il luogo del fallimento terapeutico o una scomoda necessità (Ferioli, 2013) e la gestione di una marginalità multiproblematica viene spesso affrontata tramite il gigantismo dei bacini di utenza, con sovraccarico del servizio, alto numero di ricoveri e riduzione di informazioni e tempi utili ad affrontare la crisi (Sangiorgio, Sarlato, 2008/9).

L'analisi dei fattori caratterizzanti la domanda dei servizi di cura permette, dunque, di capire come l'uso della contenzione, al di là delle motivazioni esplicitate (controllo dell'aggressività, gestione di un rischio imminente, ecc.), risponda a dinamiche socio-relazionali che si costruiscono nel doppio mandato caratterizzante l'intervento psichiatrico: *controllo* della marginalità e *cura* delle patologie. Il servizio di cura si pone dunque come luogo di confine fra la società – e i suoi meccanismi d'esclusione – e il disturbo mentale, quale marginalità concretizzata a livello individuale. In questo scenario, la dimensione spazio-temporale dell'intervento diventa rilevante. La necessità d'efficienza rischia, ad esempio, di accelerare i ritmi della pratica assistenziale, restringendo le possibilità legate alla dimensione temporale dell'ascolto. D'altra parte, anche lo spazio della cura tende ad estendersi ben al di là dei ristretti confini del servizio, mediante un "lavoro di rete" che, seppur indispensabile, contiene aspetti problematici direttamente legati all'ampliamento del campo d'azione (Ruta, 2006).

#### **2.4.2. Fattori di rischio a livello contestuale: cultura assistenziale e condizioni organizzative**

I fattori di rischio estrapolati nelle pagine precedenti hanno condotto alcuni ricercatori ad ampliare lo sguardo, integrando il quadro teorico-interpretativo del fenomeno - e quindi le ipotesi da controllare - attraverso elementi che rinviano alla struttura e alla gestione organizzativa del servizio di cura. Molto spesso, infatti, a parità di diffusione degli elementi critici legati alla storia clinica e alle condizioni dei soggetti, la frequenza nell'utilizzo di misure di contenzione diverge in relazione al quadro territoriale e nazionale dei servizi di cura e alle caratteristiche dei reparti. L'"effetto contesto", che si struttura attorno all'intervento psichiatrico, è di solito ricostruito attraverso le seguenti macroaree (Husum *et al.*, 2010):

- *Fattori strutturali*: caratteristiche fisiche dei reparti, grandezza, presenza di stanze singole o doppie riservate ai degenti, livello di affollamento (crowding), *turn over* dei pazienti, inserimento in zone urbane o rurali, ecc.;



- *Fattori legati al personale assistenziale*: proporzione *staff*/pazienti, età e sesso del personale, livello di qualificazione, *turn over*, atteggiamenti dello *staff* e degli amministratori, nonché il tipo di regolamenti e linee guida sull'uso della contenzione ed eventuali cambiamenti/transizioni nella *ruotine* dei reparti;
- *Fattori legati al trattamento*: insieme degli interventi ricostruibili all'interno del servizio di cura, come la presenza di *setting* psicoterapeutici, di attività centrate sul paziente, di una più generale filosofia o ideologia legata all'intervento.

Riguardo alla prima macroarea, Sangiorgio e Sarlatto (2008/9) sottolineano come sia oramai riconosciuta l'importanza della sicurezza e del comfort delle strutture di degenza nei confronti del benessere dei pazienti e del personale assistenziale. «Ben si comprende [...] l'influenza negativa di ambienti considerati [...] globalmente insoddisfacenti, per mancanza di privacy, promiscuità, e rumorosità» (*ibidem*, p. 7).

L'interesse dei ricercatori ha evidenziato, nello specifico, i seguenti elementi di criticità:

*Sovraffollamento (crowding)*: La concentrazione di molti pazienti all'interno dei reparti sembra essere uno degli indicatori più importanti per valutare la qualità dell'ambiente fisico e relazionale del servizio di cura. È plausibile, infatti, che il sovraffollamento si accompagni a strutture incapaci di sostenere l'elevato numero di domanda del servizio, a un'insufficiente presenza del personale assistenziale o, comunque, ad un'atmosfera più caotica e promiscua che può alimentare le criticità che condizionano i pazienti gravati da disturbi acuti. In questo caso, i tempi stretti nella gestione di emergenze comportamentali possono favorire il ricorso sbrigativo a forme di contenimento coercitivo e violento degli stati di agitazione. L'evidenza del sovraffollamento quale fattore di rischio per l'utilizzo di strumenti contenitivi non è, però, totalmente confermata. Sebbene diverse ricerche ne rilevino l'importanza (Bak *et al.*, 2013), alcuni studi ne ridimensionano il ruolo (Di Lorenzo *et al.*, 2014, Kalisova *et al.*, 2014), evidenziando come non sia tanto il sovraffollamento nella sua accezione più generale ad essere un fattore predisponente all'uso diffuso della contenzione, quanto l'elevata concentrazione di ricoveri coatti (Flammer *et al.*, 2013). Tuttavia, le prove più convincenti mostrano come un elevato numero di pazienti all'interno dei servizi di cura determini un'atmosfera particolarmente esposta al rischio di attivazione e propagazione di atteggiamenti e comportamenti aggressivi da parte dei pazienti, rendendo più probabili quelle situazioni di conflitto con il personale assistenziale che, come si è già documentato, si legano caratteristicamente all'utilizzo delle misure coercitive.

*Caratteristiche del bacino territoriale d'utenza*: Husum e colleghi (2010) evidenziano come tra i reparti in contesti urbani sia più diffuso l'utilizzo della contenzione rispetto alle piccole città o alle zone rurali. È plausibile che le zone metropolitane intercettino un più ampio spettro di problemi determinato da disagi sociali più marcati, come precarietà diffusa e carenza/mancanza di *network sociali*, costringendo l'intervento psichiatrico a confrontarsi anche con quadri diagnostici *borderline* e con situazioni di confine fra psicosi e normalità, in cui uno scarso controllo dell'emotività si scontra con un'apparente padronanza del pensiero logico (Ruta, 2006). Particolarmente critica sembra, in questo scenario, la condizione presente nel nostro paese, in cui la privazione sociale si sovrappone spesso al gigantismo dei bacini d'utenza. Ad esempio, nel contesto di Roma, «il bacino di utenza medio degli SPDC è di 200.000 abitanti, ben 6 SPDC hanno un bacino di riferimento superiore a 300.000 abitanti e ciascun SPDC ha un rapporto, in media, con 3 Centri di Salute Mentale (ASP 2006). Ne deriva che gli SPDC, anche per la insufficienza di posti letto disponibili, sono costantemente in grandi difficoltà a gestire una quantità e qualità di problematiche psichiatriche, soprattutto in riferimento ai gravi stati di agitazione psicomotoria, mancando assai spesso qualsiasi informazione utile al trattamento del caso, da parte dei Servizi psichiatrici e sociali territoriali» (Sangiorgio, Sarlatto, 2008/9, p. 7). Tuttavia, gli studi di Bowers e colleghi (2013) mettono in luce come le situazioni a rischio evidenziate non determinino necessariamente la legittimazione "pragmatica" delle misure di contenzione. Analizzando un campione di reparti psichiatrici in Gran Bretagna, l'autore evidenzia che, laddove sia presente un bacino d'utenza caratterizzato da elevata privazione sociale accompagnata da una scarsa qualità ergonomica degli ambienti, il servizio di cura si caratterizza da numerosi episodi di conflitto *staff*-pazienti, ma tale incidenza non si associa con un sovradimensionamento del ricorso a pratiche contenitive e coercitive allo scopo di gestire l'emergenza. Di solito, una domanda particolarmente connotata da privazione sociale non favorisce automaticamente comportamenti contraddistinti da un elevato livello *distruittivo*, quanto piuttosto un generalizzato atteggiamento d'insofferenza nei riguardi delle regole del reparto. È innegabile, tuttavia, che, laddove i servizi di cura siano contraddistinti da bacini di utenza ad elevato status socio-economico, aumenta il numero dei ricoveri volontari e diminuiscono proporzionalmente le occasioni di conflitto e gli episodi di contenzione.

I *fattori strutturali*, sebbene rappresentino elementi importanti per la pratica psichiatrica, non sembrano dunque rappresentare condizioni sufficienti al diffondersi della contenzione. Di particolare importanza sono, a questo riguardo i *fattori legati all'organizzazione e alla caratterizzazione del personale medico-infermieristico*, che saranno affrontati nei successivi punti.

*Atteggiamenti detenuti dal personale assistenziale e cultura di reparto:* Tra i protagonisti della pratica assistenziale esiste un certo grado di variabilità rispetto ad atteggiamenti e opinioni nei confronti dei trattamenti coercitivi all'interno dei servizi di cura. Se alcune ricerche mettono in luce come la *contenzione meccanica* sia una pratica più difficilmente accettata rispetto a modalità alternative di controllo (Bowers, 2004), altri contesti psichiatrici sottolineano come determinate pratiche di coercizione (come la *cage-bed*) siano preferibili in confronto alla contenzione ambientale e/o farmacologica. Spesso alcuni contesti assistenziali considerano la *contenzione meccanica* alla stregua di una *Multi-purpose procedure* (Moghadam *et al.*, 2014), capace di: 1) supportare, in qualità di strumento fondamentale a disposizione dell'organizzazione, il *controllo* dei pazienti; 2) velocizzare il raggiungimento dei *fini terapeutici*, coadiuvando l'intervento farmacologico; c) *prevenire* danni ai soggetti e al personale. In questo scenario, i risultati di Bowers *et al.* (2007) ricostruiscono l'influenza di specifici atteggiamenti maturati dal personale medico e infermieristico sull'accettazione della coercizione all'interno dei reparti. Secondo l'autore, laddove i soggetti considerino l'eventualità di un atteggiamento aggressivo da parte dei pazienti un elemento inaccettabile per la pratica di cura, lo *staff* sarà più propenso ad approvare la contenzione (nella sua accezione più generale) quale strumento per garantire la sicurezza inerente al contesto del servizio. Allo stesso tempo, concepire l'aggressività come qualcosa di "normale" e come strettamente legata all'emergenza psichiatrica sollecita, paradossalmente, l'approvazione della *contenzione meccanica*. Tale disposizione all'utilizzo delle misure coercitive sembra, inoltre, interessare il personale con una più elevata anzianità all'interno dei reparti, sottolineando come una sovraesposizione ad episodi di aggressività messi in atto dai pazienti comporti probabilmente un atteggiamento più cinico nei confronti delle possibilità di cura, fondato sull'idea di una ineluttabilità della malattia mentale. Nonostante il legame esistente fra atteggiamenti dello *staff* e legittimazione delle misure coercitive, non sembrano sussistere prove empiriche a supporto della relazione fra accettazione della contenzione e diffusione della stessa all'interno dei reparti. Secondo Husum *et al.* (2010), non sono tanto gli atteggiamenti individuali a sollecitare l'uso di strumenti contenitivi, quanto le dinamiche di *leadership*, la costruzione dei ruoli di assistenza e la complessiva organizzazione del personale. Esiste, in sostanza, una *cultura di reparto*, che prescindendo in parte dalle singole disposizioni dei soggetti, rappresenta un elemento determinante per la scelta delle modalità d'intervento all'interno della pratica di cura. A questo proposito, Holland (1993) mette in luce come il personale infermieristico sia coinvolto in un progressivo processo di socializzazione alla professione, basato non tanto sulle proprie credenze e opinioni, quanto sull'influenza di un sistema d'autorità costruito in base all'esperienza dei colleghi, a cui si aggiungono le specifiche direttive elaborate attraverso la gerarchia formale. Molto spesso, tale processo si accompagna all'emergere di un sentimento di coesione e fiducia tra il personale a cui, però, corrisponde una tendenza alla rigidità cognitiva, capace di respingere idee e prospettive alternative rispetto a quelle dominanti nel reparto. Lo *staff* dei servizi di cura può essere dunque visto alla stregua di un *équipe* professionale che basa il proprio operato su una "definizione della situazione" costruita attraverso la stretta collaborazione dei partecipanti, mediante la lealtà reciproca tra colleghi (Goffman, 1961, tr. it. 2010) e sulla base dei dispositivi di potere messi in atto dalle figure che, rispetto all'organigramma del reparto, dispongono di maggiore facoltà nell'imporre decisioni e modelli terapeutici. In questo senso, piuttosto che cogliere gli atteggiamenti individuali di tutto il personale medico-infermieristico, occorre indagare in profondità le opinioni maturate dai dirigenti sanitari e da coloro che dispongono di potere decisionale rispetto ai trattamenti da impartire o rispetto ai percorsi formativi dei diversi membri dello *staff*.

*Formazione e organizzazione del personale assistenziale:* Alcune indagini sottolineano un risultato anomalo e per certi versi paradossale: laddove è presente molto personale infermieristico ed assistenziale è più probabile riscontrare la legittimazione delle pratiche di contenzione. Tale situazione sembra essere confermata anche da un recente studio sull'utilizzo della coercizione nei reparti psichiatrici dell'Unione Europea. Con riferimento al contesto italiano, viene rilevato come l'SPDC di Napoli evidenzia un elevato tasso di personale assistenziale rispetto al numero di degenti, a cui, tuttavia, non si accompagna un minor uso di contenzione (Kallert *et al.*, 2005, Kalisova *et al.*, 2014). All'interpretazione di questo risultato inatteso concorre lo studio di Bowers e colleghi (2013), che mette in luce come l'elevato numero di infermieri e psichiatri spesso sottintende, al di là dell'intervento congiunto di altri fattori, la maggiore presenza nel personale di lavoratori non qualificati e temporanei. L'accettazione di un'impostazione *no restraint* converge dunque con la possibilità di avvalersi, in primo luogo, di un personale contraddistinto da un *training* specifico (impossibile in un contesto ad elevato *turn over*), addestrato sulla gestione dell'emergenze e del rischio e capace di avvalersi di misure alternative. D'altra parte, è necessaria un'organizzazione del personale utile alla costituzione di un gruppo operativo che possa far fronte alle esigenze del servizio e capace di sviluppare una *cultura* di reparto *no restraint*. Purtroppo, in letteratura non è presente una sistematica ricostruzione dei modelli organizzativi maggiormente proficui per il raggiungimento dei risultati considerati. A livello generale, un elemento di particolare importanza è rappresentato dal ruolo del *leader*, capace di definire una precisa attribuzione di responsabilità (Huckshorn, 2004) e rappresentare un punto di coesione per l'operato di diversi sottogruppi di lavoro (medici, psicologi, infermieri, ecc.). Come affermano Sangiorgio e Sarlato (2008/9, p. 8): «La strutturazione dei diversi ruoli professionali in sottogruppi corporativi, quando non contrastata da una forte leadership, alimenta istanze paranoiche e conflittuali e può lasciare spazio, nelle situazioni più critiche, ad angosce primarie di attacco e fuga.» Per supportare una *routine no restraint* è necessario, infatti, che i vari membri di un'*équipe* professionale «siano unanimi nelle posizioni da prendere e tacciano il fatto che queste non sono state raggiunte indipendentemente» (Goffman, 1961, tr. it. 2010, p. 106). La costruzione di una *cultura di reparto* funzionale alla critica delle pratiche contenitive deve quindi avvalersi di un *regista* capace, da una parte, di ammansire e correggere qualsiasi membro che metta in gioco comportamenti non linea con la strategia collettiva e, dall'altra, stimolare l'organizzazione con dimostrazioni appropriate d'impegno. L'organizzazione del *management* e dell'apparato direttivo sembrano dunque elementi di particolare importanza, ancor più delle caratteristiche attribuibili al personale infermieristico. Tale argomentazione risulta avvalorata da alcuni studi che evidenziano l'associazione fra riduzione delle misure contenitive e tipo di linee guida sviluppate all'interno dei reparti. Di Lorenzo *et al.* (2014) sottolineano come una riduzione della contenzione meccanica è possibile in concomitanza alla promulgazione di regolamenti più restrittivi. Un risultato che sembra essere confermato anche a livello internazionale. Pollard e colleghi (2007), ad esempio, hanno analizzato, su un campione di reparti psichiatrici degli Stati Uniti, gli effetti dei nuovi *standard* messi a punto dalla *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) in merito all'utilizzo della contenzione, evidenziando un incisivo decremento di tali pratiche nel periodo successivo alla pubblicazione delle nuove linee guida, anche rispetto a condizioni diversificate dei servizi di cura.

*Strategie alternative alla contenzione meccanica di gestione dell'emergenza:* Sebbene siano presenti molti studi aventi l'obiettivo di descrivere alcune strategie alternative di gestione dell'emergenza, non tutti possono avvalersi di un supporto empirico utile a valutare quale sia la loro effettiva influenza sulla riduzione del ricorso alla contenzione. Tra i pochi, lo studio di Bak e colleghi (2013) ricostruisce due modalità d'intervento capaci di prevenire il ricorso a strumenti contenitivi:

*La valutazione obbligatoria (Mandatory review).* Rappresenta uno strumento utile alla riduzione della contenzione laddove tale pratica sia ancora effettivamente utilizzata. Dopo ogni episodio di contenzione, il personale assistenziale viene sollecitato a valutare ogni fattore che ha motivato l'utilizzo delle misure coercitive, descrivendo l'accaduto e isolando i *crisis triggers*;

*Il coinvolgimento del paziente.* Rappresenta un insieme di modalità d'intervento non formalmente definito, ma che sollecita un rapporto più coinvolgente dei pazienti all'interno dell'istituzione (partecipazione a conferenze, partecipazione a tavole rotonde interne al reparto, possibilità di influire sulle regole e sulle norme che strutturano la quotidianità del servizio, ecc.).

La ricostruzione sistematica della letteratura operata da Stewart e colleghi (2009) evidenzia come alcuni ulteriori interventi siano stati valutati come possibili fattori di prevenzione della contenzione meccanica:

*Terapia occupazionale;*

*Utilizzo della contenzione ambientale (isolamento) come strumento per sedare l'aggressività.*

Tuttavia, tali studi si avvalgono spesso di un impianto metodologico inadeguato e i risultati effettivi rimangono documentati e esposti in modo poco chiaro. La maggior parte degli interventi che emergono come possibili alternative alla contenzione meccanica tendono comunque a comprendere più di una strategia. Lo studio più significativo sull'efficacia di programmi *multi-orientati* è quello di McCue *et al.* (2004). Il programma oggetto di valutazione comprendeva i seguenti punti:

Sessioni di gestione dello stress e della rabbia indirizzati ai pazienti; Addestramento dello *staff* sulla gestione della crisi;

Organizzazione di un *team* d'intervento per assistere il personale in pratiche di *show of force* o di contenzione *non* meccanica;

Valutazione obbligatoria degli episodi di contenzione;

Ricompense per le unità che riuscivano a decrementare il tasso di episodi di contenzione.

I risultati hanno evidenziato una significativa riduzione della contenzione dopo l'introduzione di questo intervento integrato, sebbene nel breve periodo siano aumentati gli episodi di aggressione dei pazienti nei confronti dello *staff*. Tuttavia, è doveroso segnalare che, nei contesti in cui lo studio sperimentale è stato condotto, l'utilizzo della contenzione meccanica non era particolarmente diffuso e, secondo gli stessi autori, non è chiaro se gli specifici elementi a sostegno della funzionalità del programma siano più importanti rispetto agli elementi costitutivi dello stesso: lo sforzo multidisciplinare, il *training* rispetto alle alternative disponibili, un continuo *feedback* tra il personale assistenziale e, soprattutto, un tangibile e continuo supporto da parte dell'amministrazione. Secondo Stewart (2009), sebbene sia plausibile che alcuni cambiamenti nella pratica dei reparti influenzino l'utilizzo della contenzione meccanica, l'evidenza empirica disponibile non permette di capire quale combinazione di tali interventi possa essere superiore alle altre, o quali condizioni ne inficino le possibilità preventive.

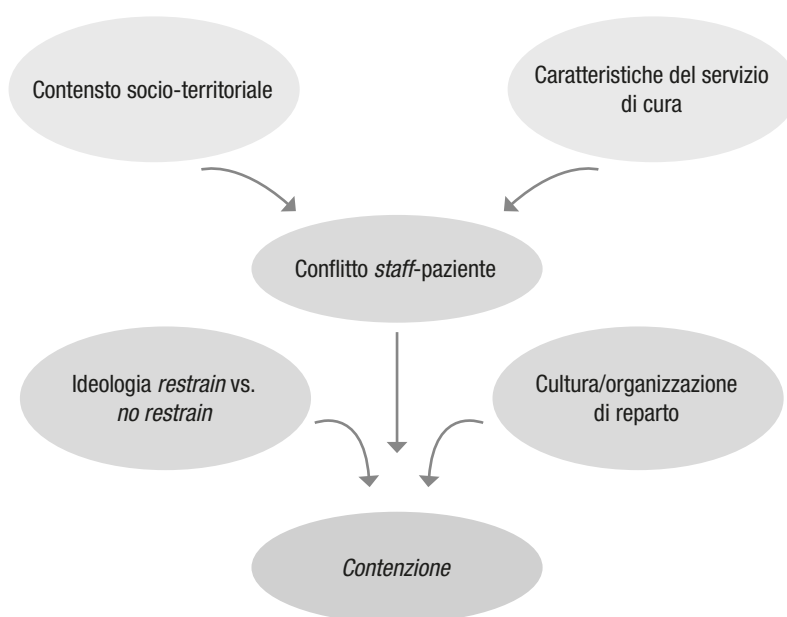
## 2.5. Conclusioni: una mappa concettuale per “spiegare” la contenzione e alcune questioni ancora aperte

Il fenomeno della contenzione rimane un argomento d'indagine complesso. Ancora poco approfondite sono le dinamiche sociali che presuppongono la diffusione delle azioni coercitive nei servizi di cura e, in questo scenario così opaco, il ripensamento delle politiche di assistenza e cura della salute mentale costituisce per molti un percorso azzardato. Non giova all'analisi il dibattito che molto spesso accompagna il confronto sull'utilizzo della contenzione: una disamina scientificamente orientata viene di solito oscurata da contrapposizioni ideologiche all'interno della comunità degli esperti o a una riduzione della complessità del fenomeno al solo paradigma legale-normativo. Posizioni, del resto, assolutamente legittime, ma che molto spesso gravitano attorno al cuore del problema, senza raggiungere una piena consapevolezza della prassi assistenziale e delle determinanti che ne indirizzano il corso. Tuttavia, ripensare la contenzione in un'ottica multidisciplinare non significa aprire il “vaso di Pandora” della gestione della cura, evidenziarne le carenze o i comportamenti in malafede, bensì ricostruire una fenomenologia dei servizi deputati all'assistenza, sottolineando come le professionalità in gioco si inscrivano in pratiche routinarie seguendo dinamiche sociali trasversali ad ogni contesto d'indagine. La ricerca empirica sul tema diventa quindi l'impegno necessario per perseguire tale traiettoria; una ricerca che, in un'ottica comparata, iscriva il fenomeno in un contesto d'indagine più ampio, superando il solo riferimento alla patologia e all'impegno strettamente psichiatrico.

In questo senso, le indagini e le argomentazioni ricostruite in queste pagine, sebbene non esaustive, permettono di rappresentare il fenomeno della contenzione entro una mappa concettuale, capace non solo di sintetizzare i risultati raggiunti in ambito nazionale e internazionale, ma anche di proporre una possibile rappresentazione esplicativa del fenomeno (Fig. 2).

Secondo quanto emerso in precedenza, l'utilizzo dello strumento coercitivo sembra legarsi direttamente all'emergere di ambienti assistenziali di natura conflittuale. In altre parole, la contenzione rappresenta uno strumento diffuso per ricostituire l'equilibrio in un contesto essenzialmente *anomico*, in cui la cura e il sostegno della salute mentale vengono ridotti alla gestione della pericolosità del paziente e al mantenimento dello *status quo* del servizio. Se nella gestione dell'emergenza vengono oscurati i riferimenti ad un esplicito perseguimento della pratica assistenziale, la relazione *staff*-paziente tende infatti a costruirsi secondo processi abitudinari di natura informale, in cui le predisposizioni e le categorie stereotipiche d'analisi detenute dal personale orientano l'azione verso soggetti che, tendenzialmente, non riconoscono e non accettano l'attività contenitiva del servizio di cura.

**Fig.2 – Mappa concettuale delle determinanti relative alla contenzione**



In questo senso è possibile leggere la sovrarappresentazione degli episodi di contenzione tra pazienti classificabili secondo precise caratteristiche: età, genere, tipo di patologia, provenienza etnica e nazionale, ecc.

La conflittualità emerge, tuttavia, lungo determinanti che si pongono, in maniera più generale, al di là dello specifico inserimento del paziente all'interno del servizio di cura. Particolarmente importante è, a questo proposito, il *contesto socio-territoriale* dei bacini d'utenza. Sebbene scarsamente indagato all'interno delle indagini sulla contenzione, alcune analisi empiriche evidenziano come la marginalità sociale degli utenti dei servizi di cura amplifichi le situazioni di rischio legate all'emergenza psichiatrica, contribuendo, spesso, a demandare alla pratica assistenziale un compito di controllo e contenimento della devianza. In contesti caratterizzati da un'elevata deprivazione socio-economica, la marginalità patologica si interseca con la marginalità sociale seguendo direttrici plurime: si moltiplicano, al di là degli stati acuti della sofferenza mentale, fonti di malessere e disagio psicologico intercettate dai servizi istituzionali deputati all'assistenza, si riducono le possibilità di mettere in gioco strategie di  *coping*  e più diffuso è il pericolo che il percorso all'interno dei servizi di cura coincida con la stigmatizzazione del soggetto. Situazioni di rischio accentuate da una mancanza di capitale sociale e reti d'assistenza informali – la cui importanza, benché non indagata nello specifico, è da più parti evidenziata –, particolarmente incidente nei contesti di deprivazione.

Accanto alla caratterizzazione dei bacini d'utenza, sussiste la problematicità legata alle *caratteristiche del servizio di cura*. Rientrano in questo ambito i fattori strutturali, le componenti ergonomiche e l'organizzazione delle risorse umane evidenziate nelle pagine precedenti. È innegabile, infatti, che grandi strutture, spesso

sovraffollate, con ambienti fatiscenti o sostanzialmente inadeguati rispetto allo svolgimento del servizio concorrano nel costruire una situazione d'intervento che accentua i rischi del conflitto, sollecitando l'*escalation* dell'aggressività. A ciò si aggiunge la criticità legata più propriamente alla gestione dello *staff*: situazioni disfunzionali rispetto alla pratica assistenziale sono maggiormente evidenti allorché non è possibile avvalersi di un personale numericamente adeguato al sostegno del servizio o laddove le politiche aziendali non permettano di perseguire un percorso professionalizzante per il personale infermieristico (precarizzazione, elevati *turn over*, mancanza di training specifico, ecc.).

Sebbene gli elementi evidenziati rappresentino il retroscena entro cui l'emergenza tende ad essere affrontata attraverso pratiche di coercizione, la relazione fra situazioni di conflitto e strumenti contenitivi non ha di per sé connotati deterministici. La catena della contenzione, come suggerito dalla ricerca empirica, può essere spezzata grazie all'intervento di due elementi particolarmente importanti all'interno della gestione dei servizi di cura. In primo luogo, è necessario l'affermarsi di *un'ideologia no restraint*, capace di espellere, a livello deontologico, la contenzione dal panorama delle pratiche terapeutiche della professione psichiatrica. Un'ideologia che, dall'altra parte, deve radicarsi all'interno del contesto d'azione, attraverso linee guida e normative determinanti per la responsabilizzazione del personale e per costruire una traiettoria chiara dell'intervento. All'interno di questa logica, la direzione *no restraint* deve accompagnarsi a un'organizzazione della prassi assistenziale capace di supportare un intervento tendenzialmente estraneo alle pratiche coercitive (*cultural/organizzazione di reparto*). Nonostante non vi siano ricerche empiriche capaci di evidenziare modelli organizzativi maggiormente funzionali all'obiettivo preposto, alcune argomentazioni suggeriscono un necessario abbandono di logiche corporative tra i vari attori deputati all'assistenza, coadiuvato da una direzione capace sia di indirizzare la pratica, sia di rappresentare una *leadership* espressiva utile alla delineazione di una cultura di reparto *no restraint*. La professionalizzazione e il *training* del personale costituiscono, in queste condizioni organizzative, il grimaldello necessario per scardinare il fenomeno contenitivo all'interno dei servizi di cura.

A latere di quanto riportato in questa sezione conclusiva, è opportuno delineare alcune linee di possibile approfondimento in relazione ad aspetti scarsamente trattati in letteratura, ma che costituiscono elementi importanti per la comprensione del fenomeno anche se non pienamente inquadrabili nella mappa concettuale poco sopra delineata:

*Relazione fra contenzione meccanica e le altre forme di contenzione.* Non sempre la contenzione meccanica viene analizzata all'interno di tutto il panorama delle misure di coercizione utilizzate per la gestione dell'emergenza. In alcuni contesti territoriali, infatti, viene applicata in condizioni di isolamento del paziente ed è molto comune l'associazione con la contenzione di tipo farmacologico. Riguardo a quest'ultimo punto, non sono sempre chiare le implicazioni di tali pratica sul percorso terapeutico ed è opinabile ipotizzare che il trattamento farmacologico coatto possa essere una seria alternativa alla contenzione meccanica;

*Implicazioni relative alle privatizzazioni dei servizi di cura nel territorio italiano.* Non esistono materiali empirici capaci di evidenziare le problematiche, gli aspetti positivi e le procedure di intervento sviluppate dai servizi di cura privati (CdC) rispetto al contesto pubblico (SPDC). Tale tematica assume ancor più rilevanza se consideriamo come l'incisività sul territorio dell'assistenza privata assuma una distribuzione particolarmente legata al territorio di pertinenza e alle politiche sanitarie sviluppate a livello regionale. Le recenti indagini sulla realtà dei servizi di cura nel nostro paese (Progres e Progres-acute – Dell'Acqua *et al.* 2007) sottolineano, ad esempio, come le tre regioni con il più alto numero di posti letto privati (Lazio, Campania e Calabria) abbiano il più basso numero di posti letto pubblici. La distribuzione è simile per le strutture pubbliche e le CdC delle macro aree del Nord (Nord-Est e Nord-Ovest), mentre nel Centro e nel Sud l'incisività del privato è molto più elevata. A tale riguardo, «la riforma legislativa del 1978 (e i successivi DL) non ha mai specificato il ruolo delle CdC nell'economia generale dei servizi di salute mentale; non è infatti chiaro se il ruolo di tali strutture nei confronti delle strutture pubbliche è da considerare in un'ottica *competitiva* (regolata principalmente dalle leggi di mercato della domanda-offerta), *integrativa* (che sottostà quindi alle norme che regolano il funzionamento complessivo del SSN) o infine *sostitutiva*, soprattutto

nelle aree in cui vi è carenza di posti-letto pubblici» (*ibidem*, p. 35). Il problema assume maggiore rilevanza laddove alle CdC sia demandata anche la gestione degli stati acuti della patologia mentale;

*Delineare la “via italiana” all’intervento no restraint.* È decisivo, in ultima istanza, valutare i risultati odierni promossi dall’esperienza antipsichiatrica basagliana, gli elementi da superare (o già superati) e quelli che ancora oggi devono essere valorizzati. È opportuno ricostruire i tipi d’intervento delle esperienze dei 21 SPDC *no restrain* italiani ed evidenziare come tali modalità di cura si inseriscano in programmi di gestione della malattia mentale giuridicamente, politicamente e territorialmente orientati.





## Cap. 3 - La dignità negata. Sguardi esperti e multifocali sui nodi della contenzione meccanica

di Sergio Mauceri

Il significato di una comunità psichiatrica dovrebbe consistere nel rendere più esplicite le contraddizioni inerenti il background sociale su cui la malattia si sviluppa, in modo che il paziente riesca ad individuarle, dialettizzarle, e affrontarle. Ma come è possibile se egli è stato negato in quanto contraddizione rispetto alla norma, attraverso l'ideologia psichiatrica che lo ha definito e fissato entro limiti invalicabili? (Franco e Franca Basaglia, 1969, *Introduzione* alla prima edizione italiana di *Asylums*).

### 3.1. Le coordinate del lavoro empirico svolto sulle testimonianze esperte

Nei capitoli precedenti, le analisi della normativa (cap. 1) e della letteratura scientifica (cap. 2) hanno sollevato una serie di interrogativi significativi in ordine alle pratiche della contenzione e in particolar modo di quella meccanica, oggetto specifico del nostro interesse all'interno del presente lavoro. Per supportare alcune delle interpretazioni precedentemente fornite e restituire risposte esperte agli interrogativi emersi, l'équipe di ricerca ha proceduto, mediante il supporto di una traccia semi-strutturata e secondo uno stile che fosse il meno direttivo possibile, ad intervistare dieci testimoni privilegiati che potessero restituire un quadro di risposte alle stesse questioni adottando prospettive diverse. Con l'intento di istituire una sorta di dialogo tra cerchie civili, istituzionali e scientifiche, che spesso operano l'una indipendentemente dall'altra, la scelta dei soggetti da intervistare ha privilegiato due criteri fondamentali: 1) la possibilità che il ruolo ricoperto si connettesse a una chiave interpretativa densa di significati rispetto ai nodi della contenzione in virtù del coinvolgimento dell'intervistato/a in sfere di azione o decisionali strategiche; 2) il coinvolgimento di figure chiave che operassero nel territorio piemontese, ossia nell'ambito di competenza del committente di questa prima fase di avvio del progetto (Compagnia di *San Paolo*).

Se la tavola successiva riporta l'identità e alcune brevi note biografiche degli esperti intervistati, è opportuno rilevare immediatamente che gli ambiti disciplinari, privilegiati allo scopo di conferire uno sguardo multifocale all'analisi, investono il campo medico-psichiatrico, prestando una specifica attenzione all'esperienza dei SPDC *no restraint*, per spaziare poi da quello giuridico a quello del Terzo settore, senza mancare di collocare queste esperienze così variegata in una cornice istituzionale, con copertura regionale e nazionale.

Tav. 1 – Profilo degli esperti intervistati

Giurisprudenza/Terzo settore		
Identità	Area di pertinenza	Note biografiche
Gioacchino Di Palma	Consulente in giurisprudenza presso il <i>Telefono viola</i> , un'associazione di volontariato con sede a Roma. L'associazione senza fini di lucro, fondata nel 1991 da Alessio Coppola sulla base delle pratiche di Giorgio Antonucci e di Thomas Szasz, opera per la solidarietà sociale e contro gli abusi, le coercizioni e le violenze della psichiatria, offrendo servizi continuativi di consulenza.	Avvocato cassazionista e collaboratore del <i>Telefono viola</i> . Tra i tanti casi, legati soprattutto agli abusi in TSO, da lui seguiti, una menzione speciale merita il processo relativo al caso Mastrogiovanni, che ha visto imputati 6 medici e 12 infermieri dell'SPDC di Vallo della Lucania, in cui nella notte tra il 3 e il 4 agosto 2009 ha trovato la morte Francesco Mastrogiovanni. La vicenda, seppure fosse ancora in corso, è stato ricostruito, con contributo dello stesso Di Palma, nel testo <i>La libertà sospesa</i> (Foschi, a c. di, 2012).

Medicina-Psichiatria		
Pietro Sangiorgio	Psichiatria nei Dipartimenti di salute mentale/Ricerca scientifica	Già Dirigente dell'SPDC di Frascati, è Direttore dal 2001 della struttura complessiva DSMH1 di Roma; svolge altresì ricerca nel campo della psichiatria. In tema di contenzione, tra gli altri contributi, ha prodotto, insieme a Cinzia Sarlato, l'unico report italiano che, seppure a livello locale, riporta, in modo sistematico e con copertura pressoché totale dei SPDC della Regione Lazio, un quadro fedele delle caratteristiche, delle modalità d'uso e dei fattori di rischio connessi alla contenzione meccanica (cfr. cap. 2).
Lorenzo Toresini	Psichiatria <i>no restraint</i>	Già primario del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ospedaliera di Merano, è presidente della Società Italo-Tedesca per la Salute Mentale e dell'Associazione Club SPDC No restraint. Svolge altresì attività di ricerca nel campo della deistituzionalizzazione, che ha dato luogo a numerose pubblicazioni scientifiche (avvalendosi per la divulgazione anche dei canali di disseminazione offerti dal Web).
Ambito Istituzionale		
Identità	Area di pertinenza	Note biografiche
Caterina Corbascio	Consulente psichiatra della Regione Piemonte	Responsabile SOC Valle Belbo (AT), per 5 anni (2006-2010) consulente della Regione Piemonte – Assessorato Sanità per la psichiatria; di nuovo in questa carica da febbraio 2015.
Teresa Di Fiandra	Dirigente psicologa del Ministero della Salute	Incarico di dirigente delle professionalità sanitarie. Già Direttore del Distretto sanitario di Trieste e formatrice di personale delle ASL, attualmente rappresenta l'Italia in numerosi organismi internazionali della salute mentale e delle demenze, tra i quali la sezione dedicata dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Di recente, si è occupata di rendere operativa la disposizione legislativa di chiusura degli OPG (Ospedali psichiatrici giudiziari). Referente di scientifico di diversi Progetti di ricerca, ha al suo attivo numerose pubblicazioni scientifiche.
Terzo settore		
Identità	Area di pertinenza	Note biografiche
Intervista di gruppo: - Raffaella Dal Toso - Alberto Danzi - Enrico Gaviglio Vittoriano Mega	Operatori dell'Associazione di Torino "Arcobaleno" (via Virle 21), alcuni sono anche soci distaccati della Cooperativa Progetto Muret. L'Associazione Arcobaleno è nata a Torino nel 1988 per dare voce e cittadinanza a persone che utilizzano o hanno utilizzato i servizi di salute Mentale (luogo di ritrovo, teatro, musica, sport, rivista SegnAli, etc.). La Cooperativa Progetto Muret nasce, invece, nel 1982 nell'ambito delle iniziative realizzate per il superamento degli ospedali psichiatrici di Collegno e Grugliasco. (Torino).	Raffaella, socia lavoratrice storica della Cooperativa <i>Progetto Muret</i> , in distacco presso l'Associazione <i>Arcobaleno</i> . Alberto, ha iniziato il rapporto con l'Associazione con il servizio civile, finito il quale è diventato di recente operatore non professionale. Enrico, socio dell'Associazione <i>Arcobaleno</i> e operatore presso la Cooperativa <i>Progetto Muret</i> . Vittoriano, socio lavoratore storico della Cooperativa <i>Progetto Muret</i> , in distacco presso l'Associazione <i>Arcobaleno</i> , di cui è Vicepresidente. Ha lavorato per otto anni a <i>Villa Mainero</i> , una struttura residenziale temporanea gestita dalla Cooperativa <i>Progetto Muret</i> .
Domenico Giacomini	Consulente psichiatra del Terzo settore	Già dirigente dell'SPDC dell'Ospedale Mauriziano di Torino, in pensione dal 2009, attualmente consulente della Comunità terapeutica <i>Villa Mainero</i> di Torino, gestita dalla Cooperativa <i>Progetto Muret</i> .

Nel preannunciare alcune delle questioni cruciali che trasversalmente sono state poste all'attenzione dei testimoni privilegiati durante la conduzione delle interviste in profondità, occorre considerare che ciascun tipo di esperto ha fornito un materiale che assume una maggiore densità proprio in relazione agli aspetti che rivestono una posizione centrale all'interno del proprio agire sociale o del proprio background di esperienza e di competenza sul tema. Nello specifico, tutti gli intervistati sono stati posti di fronte alle stesse questioni, prevedendo però nella traccia di intervista sezioni peculiari che, rispetto al ruolo ricoperto, fossero in ipotesi pertinenti al proprio ambito di competenza specifico e non a quello di altri soggetti intervistati. Le aree problematiche, in cui è stata articolata la traccia di intervista (cfr. Appendice 3.1) e che costituiscono il criterio organizzativo nell'analisi e nell'esposizione del materiale narrativo costruito sono le seguenti:

- 1. Ideologie della contenzione;
- 2. La compatibilità etico-normativa;
- 3. La tutela dei diritti del malato: gli strumenti di garanzia;
- 4. I fattori di rischio nei SPDC: cosa incentiva l'uso della contenzione?
- 4. Le condizioni del *no restraint*: cosa rende possibile non ricorrere alla contenzione e alle porte chiuse nei SPDC?;
- 6. Il ruolo del Terzo settore;
- 7. La contenzione in una prospettiva comparata;
- 8. Strategie di azione contro la contenzione.

Come si è anticipato, nel presente capitolo l'obiettivo programmatico è di istituire una sorta di dialogo virtuale tra i diversi esperti, preservando sempre la specificità dei diversi stili di pensiero e dei rispettivi riferimenti disciplinari. A volte, questo dialogo assumerà un tono corale laddove gli sguardi convergeranno nel destituire di legittimità una pratica come la contenzione meccanica che, come già evidenziato nel cap. 1, si pone in rapporto antitetico rispetto ai dettami costituzionali e altri riferimenti etico-normativi. Il tessuto connettivo delle diverse testimonianze è costituito dalle interpretazioni dell'autore del capitolo, che nel tempo ha acquisito una specifica competenza sociologica nel campo dei diritti legati all'Alterità, e dalle voci autorevoli di studiosi del passato e dei nostri tempi che hanno messo a fuoco, con maggiore efficacia comunicativa, le ideologie, i nodi e le ambiguità che "giustificano" la sopravvivenza di una pratica che trae le proprie origini dall'istituzione totale manicomiale.

Scorgere le risposte al (presunto) fondamento di legittimità di una pratica in aperto contrasto con la Costituzione e sondare le possibili alternative alla contenzione rappresenta il quadro di sfondo necessario per avviare qualsiasi percorso di indagine successivo intenda approdare, in ultima istanza, a formalizzare strategie di azione volte a sensibilizzare l'opinione pubblica e a spingere le élite simboliche - che detengono il potere mediatico, giuridico e istituzionale - ad assumere una posizione, sul piano giuridico-normativo ed etico-scientifico, priva di ambivalenze.

## 3.2. Ideologie della contenzione

### 3.2.1. La disumanizzazione del malato mentale tra risveglio di vecchi miti e violenza gerarchica contemporanea

Continuare a praticare la contenzione meccanica, legando coercitivamente mani e piedi i pazienti psichiatrici, oltre a traumatizzare chi è già portatore di disagi esistenziali, rischia di risvegliare, tra il personale medico-infermieristico e a livello pubblico, quel *mito disumanizzante* che Lorenzo Toresini, durante l'intervista e all'interno di un suo scritto sul rapporto tra psichiatria e nazismo (Nuorcio e Toresini 2012), ha riportato all'ideologia del Terzo Reich. Proprio la destituzione della propria umanità e dignità - che ben si concilia con la generalizzata presupposizione che nel momento in cui approdi in SPDC, soprattutto in regime di TSO, il paziente psichiatrico sia incapace di intendere e di volere - rende possibile che anche persone con il camice bianco o infermieri, con una vita "normale" e irreprensibile, possano divenire perpetratori di forme di violenza anche estreme nei confronti del degente. Riportando in modo diretto l'opinione espressa dal Presidente del Club SPDC *No restraint*, durante l'intervista:

*I - Cosa le fa venire in mente la parola contenzione, se dovesse fare una sorta di mappa cognitiva? Cosa le evoca la parola contenzione?*

Toresini: Mi evoca la parola *nazismo*.

*I - Vuole esplicitare questo rapporto contenzione-nazismo?*

Toresini: Bah mi pare talmente evidente, voglio dire ... ci sono delle radici logico-storiche, legate alla concezione della malattia mentale lombrosiana, per cui la follia veniva da Lombroso ritenuta - secondo me era un'ipotesi per lui, ma poi fu presa come oro colato - legata alla malattia mentale a una regressione dalla prevalenza del neopallio, che è lo strato superiore dell'encefalo, a livello di paleopallio, che è la corteccia rettile; per cui, i malati di mente venivano assimilati a dei *rettili*, in fondo, a persone totalmente *incapaci di intendere e di volere*, a persone di cui lo psichiatra rispondeva dei loro comportamenti, cosa ancora vera, perché rischiano ancora di esserci dei processi a psichiatri che non hanno impedito che si verificassero degli eventi, anche suicidio, insomma. E quindi, c'è anche un po' questa concezione di ricatto, per cui gli psichiatri sono ritenuti dalla società, dalla giustizia, come soggetti deputati a ricondurre i cosiddetti portatori di non ragione a ragione, volenti o nolenti. Tutto questo, cosa c'entra con il nazismo? C'entra, perché il nazismo teorizzò e praticò l'eliminazione dei diversi, a partire, prima cosa - prima di arrivare agli ebrei, che sono diversi su base diversa (...) - però, il nazismo partì proprio dai disabili mentali, che vivevano secondo loro *vite non degne di essere vissute*, per cui si parlava di eutanasia, di liberazione per queste persone dalla loro condizione infelice, insomma. E quindi i nazisti, molto tra virgolette "in buona fede" - lo metto tra virgolette, ma bisogna dirlo - ritenevano che fosse una liberazione per queste persone. E così, adesso, *si lega ritenendo di fare un favore ai pazienti psichiatrici, per evitare che facciano o che si facciano del male*. Questa è la presunta "buona fede" da parte di chi lega. In realtà i motivi sono altri.

Senza bisogno di argomentare ulteriormente e convalidare necessariamente un'associazione tanto stretta tra psichiatria contemporanea e nazismo, questo incipit - che qualche lettore potrà valutare troppo estremo - assolve la funzione di svelare immediatamente che proprio la disumanizzazione dell'Altro costituisce la base ideologica fondativa della contenzione. Una ricognizione dei modi attraverso i quali mezzo secolo fa la disumanizzazione del paziente venisse sistematicamente messa in atto negli ospedali psichiatrici è offerta dalla celebre ricerca socio-etnografica *Asylums*, condotta da Erving Goffman (1961; tr. it., 2001) e significativamente introdotta, nella prima edizione italiana, dai coniugi Basaglia. Con riferimento al contesto italiano, dove la riforma Basaglia ha contribuito alla chiusura degli istituti manicomiali, occorre chiedersi quali elementi dell'ospedale psichiatrico siano sopravvissuti nell'attuale sistema dei DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) e in particolare nei reparti ospedalieri SPDC (Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura). Per rispondere a questa domanda occorre innanzitutto focalizzare l'attenzione sugli elementi delle istituzioni

totali che generano e attivano il meccanismo della disumanizzazione del paziente psichiatrico.

La disumanizzazione, soprattutto in considerazione della posizione di subalternità di ruolo in cui è situato il paziente psichiatrico, è il meccanismo alla base di qualsiasi processo di violenza nelle istituzioni totali, oltre che in qualsiasi processo di discriminazione o violenza. Si tratta di un meccanismo psico-sociale che giustifica la accentuazione di quell'asimmetria di potere nella relazione tra staff e pazienti, che permane anche nei SPDC, come attestato concretamente dal permanere di pratiche coercitive come la contenzione. Alla base dei rischi connessi a questo meccanismo, si pongono specifiche rappresentazioni stereotipiche del gruppo dei degenti psichiatrici, che si basano sull'accentuazione unilaterale e sulla generalizzazione indebita dei tratti della forma sociale del paziente psichiatrico che caratterizzano la sua parte più anomica e socialmente pericolosa e che, per osmosi, reca con sé inevitabilmente un processo concomitante di colpevolizzazione, inferiorizzazione, svalutazione e connessa negazione della dignità di tutti i pazienti psichiatrici. Si istituisce così un (corto)circuito di dilatazione delle rappresentazioni collettive stigmatizzanti nei confronti di tutti coloro che manifestano reazioni emotive amplificate dal proprio disagio psichico-esistenziale, che contribuisce a rendere silente il livello di indignazione nei confronti di qualsiasi pratica coercitiva, dentro e fuori i reparti, rechi con sé elementi di sanzionamento sociale. La rappresentazione, che Goffman riferisce alla forma delle relazioni tra staff medico e internati nelle istituzioni totali, mantiene la sua efficacia se riferita ai meccanismi che si pongono alla base di un uso, spesso troppo disinvolto, della contenzione e delle altre pratiche coercitive riservate ai pazienti psichiatrici anche dopo la chiusura dei manicomi:

“Ogni gruppo tende a farsi un'immagine dell'altro secondo stereotipi limitati e ostili: lo staff spesso giudica gli internati malevoli, diffidenti e non degni di fiducia; mentre gli internati ritengono spesso che il personale si conceda dall'alto, che sia di mano lesta e spregevole. Lo staff tende a sentirsi superiore e a pensare di avere sempre ragione; mentre gli internati, almeno in parte, tendono a ritenersi inferiori, deboli, degni di biasimo e colpevoli” (p. 37).

Come specificato nel documento prodotto dalla *Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome* (2010), volto a fornire una serie di raccomandazioni a carattere preventivo, la contenzione meccanica, con l'uso “disinvolto” che se ne fa in ambito psichiatrico, contribuisce a dare sostanza ad una rappresentazione collettiva delle cure psichiatriche fondata su una cultura neo-manicomiale violenta e deumanizzante, con tutte le prevedibili conseguenze negative che questa generalizzazione stereotipica reca con sé, nelle traiettorie di cura delle persone con disagio psichico, sul piano motivazionale e dell'auspicato regresso della malattia.

“Le Regioni sono spinte a produrre queste raccomandazioni anche dalla preoccupazione che una pratica *disinvolta* della contenzione avvalorò il *mito* della natura intrinsecamente violenta della cura psichiatrica, con ciò accrescendo il pregiudizio nei confronti della malattia mentale e aumentando la resistenza a utilizzare i servizi psichiatrici da parte di chi ne ha bisogno” (p. 1; corsivi aggiunti).

### **3.2.2. La contenzione meccanica come residuo manicomiale inserito nel sistema dei Dipartimenti di Salute mentale**

Che gli abusi legati alla contenzione siano in misura importante addebitati alla asimmetria di potere tra medici-infermieri-paziente e al conseguente esercizio del potere di controllo su chi in quella relazione riveste un ruolo subalterno, è quanto traspare dalla testimonianza della consulente in psichiatria della Regione Piemonte, Caterina Corbascio, che ha vissuto direttamente il passaggio dall'istituto manicomiale al sistema dei Dipartimenti di Salute Mentale, che prevede al proprio interno i SPDC. Dalle sue parole emerge anche come sia precisamente una mancanza di esperienza e di memoria della rivoluzione nella cultura psichiatrica, attivata da Franco Basaglia e dal suo gruppo, un elemento fondante della disinvoltura con cui all'interno dei SPDC si ricorre a pratiche coercitive neo-manicomiali come la contenzione meccanica:

Corbascio: Va oltre, credo. Il fatto è che gli psichiatri di oggi, i giovani ma anche quelli di mezza età, non

hanno vissuto l'esperienza del superamento dell'ospedale psichiatrico e non hanno visto questi orrori, che tali erano, e quindi più "tranquillamente" procedono a contenere un paziente. Non hanno sviluppato una coscienza rispetto a una serie di pratiche. In più i SPDC attuali hanno molto assunto come loro ruolo quello del controllo sociale, per cui si sentono legittimati a procedere anche con queste pratiche considerandole normali. E poi, insieme, c'è che quando uno psichiatra si legittima ad esercitare tutto quel potere sul paziente, non solo a imporre un trattamento contro la sua volontà, ma in più lo sequestra nel letto e gli mette le mani addosso, allora lui è convinto... Io ho molti colleghi che lo fanno ad Asti, io non dirigo l'SPDC, lo fanno sovente di contenere. Io ho fatto solo sei mesi in SPDC e sono riuscita ad evitarlo, però il collega lo lega, il paziente, magari poi tu arrivi e lo sleghi, ma arrivi e lo trovi legato. Allora poi anche gli infermieri – e non ci sono più quelli che hanno curato il passaggio – non hanno nessuna coscienza della gravità di quell'atto che in alcuni altri paesi è assimilata alla tortura. Io non so quanto sia legale, la 180 è stata applicata, certo con difficoltà pensiamo alla Lombardia o al Sud, in Piemonte gli ultimi 15 anni sono stati un disastro... i giovani psichiatri in Piemonte hanno una cultura che è il farmaco, e allora non vuoi la medicina? Io ti lego, subito dopo, non vuoi accettare il farmaco e magari metti a repentaglio la sicurezza – altro slogan pazzesco – allora io sono giustificato e ti lego.

Mi ricordo una ragazzina di 18 anni che aveva avuto un episodio psicotico brutto, presa nei campi nuda, arriva la caposala, bravissima persona con due figli della stessa età della ragazza, arriva tutta agitata e corre con queste chiavi – perché adesso la contenzione è tutta meccanizzata, ci sono queste chiavi.

*I - Non ho capito questa cosa delle chiavi...*

Corbascio: È tutto meccanizzato, tutto più veloce, queste cinghie hanno questi meccanismi, e arriva con questa chiave e dico: ma cosa fai Paola? Per fortuna arriva anche un altro medico e convince la ragazza a stare, perché lei ovviamente, lei si è resa conto e voleva andarsene e questo medico le ha parlato. Ecco, va presidiato di continuo, questo campo.

Della memoria di cosa accadesse negli ospedali psichiatrici, la stessa testimone ci rilascia un segmento di vita vissuta nell'istituzione totale che colpisce per come riesca – senza ricorrere a dati o ricerche scientifiche – a restituire la spirale perversa di violenza che la contenzione attiva(va). La contenzione incentiva esponenzialmente l'aggressività del paziente, anziché controllarla, esattamente come – sia consentito il paragone estremo – non potremmo confidare sul fatto che un animale aggressivo, perché ferito, una volta accerchiato e legato con la forza, possa diventare più mansueto:

Corbascio: E sulla contenzione io ho un ricordo chiarissimo, nettissimo perché il primo impatto era stato, io ero molto giovane, 26 anni, era stato in uno dei reparti di Grugliasco, non quello dove lavoravo io, che era maschile, quello era femminile, un reparto all'apparenza anche abbastanza curato, sempre un camerone con 40 persone, ma mentre nei reparti maschili la situazione era degradata, lì era più curato. Io ci andavo quando ero di guardia e lì, in fondo alla stanza, c'era questa ragazza che aveva esattamente la mia età di allora, cosa che mi ha colpito tanto, infatti di lei ricordo nome cognome e tutto, e anche che era legata sempre, ed era legata dal '68. Allora io, che ero giovane e inesperto, la mia specializzazione era in neurologia, lei si chiamava Anna Maria, e mi chiedevo cosa fosse successo, perché legata 24 ore su 24 e tutti i giorni i medici dovevano firmare il registro della contenzione, dunque era una situazione di cui tutti erano a conoscenza e anche tu quando eri di guardia dovevi andare a firmare la contenzione. Io rimasi.. andai a vederla e vidi questa giovanissima ragazza, minuta, che a forza di essere contenuta aveva ulcere ai gomiti e ai talloni, scoprii, dopo, che la notte veniva slegata dalle infermiere di turno, io ero loro amica e la notte in cui ero di turno mi chiamavano, andavamo di là, la slegavamo e lei mangiava con noi, ricordo il latte con i biscotti... lei era una paziente che aveva forse una insufficienza mentale *ab origine*, non so, era entrata in ospedale psichiatrico giovanissima, forse addirittura passando per Villa Azzurra, e come spesso per questi pazienti c'erano poi problemi comportamentali, e questo meccanismo [della contenzione] l'aveva trasformata nella tigre del reparto, e rimaneva contenuta. Ma quelle tre infermiere del turno notturno, e il dottor Bisacco, che non c'è più ed era uno psichiatra particolare, lui la caricava in macchina e la portava in giro e la riportava lì. Quindi, stava legata e non si capiva, legata si faceva tutto nel letto, era... quindi poi Bisacco andò a lavorare altrove e allora io coinvolsi Pirella, gli dissi: guarda

che c'è una ragazza che è legata dal '68... la cosa che mi aveva colpito era che il medico che la teneva legata era considerato progressista, in quegli anni, ma proprio lui aveva avviato questo processo. Chiaramente, appena slegata faceva un casino della madonna e cercava di spaccare tutto, perché poi la legavano di nuovo.

*I - E per forza! Era un meccanismo perverso...*

Corbascio: Quindi Pirella che era di grande sensibilità oltre che uomo di cultura e profondo – ha scritto un libro con Henry sulla chiusura dell'ospedale psichiatrico<sup>43</sup> – se ne occupò. Disse bisogna slegarla, ma certo però non così, bisogna... se no il reparto si spaventa, gli altri pazienti, le infermiere... ma lui ha avuto una strategia, che prevedeva l'intervento di educatori, che erano i primi, in psichiatria.

### **3.2.3. La stigmatizzazione come meccanismo di cronicizzazione della malattia: dalla diagnosi alla spoliazione all'autodeterminazione nel processo di cura**

Che la base ideologica-normativa delle pratiche coercitive nei SPDC trovi espressione privilegiata nel Manuale diagnostico e statistico delle patologie psichiatriche è prontamente riconosciuto dall'avvocato Di Palma che, nelle sue cause in difesa dei diritti dei pazienti psichiatrici, si trova di frequente a combattere contro la potenza conferita, in ambito psichiatrico, al processo diagnostico nel decretare irrimediabilmente, su un piano normativo, che la persona assistita è privata della stessa facoltà di tutelare i propri diritti perché, *ab origine e in itinere*, considerata affetta da una patologia che la rende *incapace di autodeterminare il proprio percorso di cura*. Occorre porre in evidenza che si tratta di un manuale che, oltre a non poter essere onnicomprensivo rispetto alla non univoca classificabilità dei mutevoli, magmatici e in buon misura latenti stati psico-emotivi umani, non può tenere neanche conto delle specificità culturali e socio-biografiche della persona che di volta in volta si sottopone a processo diagnostico. In aggiunta, come si argomenterà più avanti, la diagnosi, se non gestita opportunamente dal personale psichiatrico, contribuisce all'interiorizzazione della persona, e per osmosi delle persone a lei vicine, di un'etichetta negativa ed è proprio questo processo di implicita stigmatizzazione, operata *ab extra*, che contribuisce fortemente ad autooperpetuare lo stato di malattia:

Di Palma: La cosa che mi colpisce molto, è che in tutto il mondo il DSM, cioè il manuale diagnostico e statistico delle malattie psichiatriche, detta legge. E ricordo benissimo che a un corso ho chiesto a uno specialista del settore che parlava e gli ho detto: "Scusi ma, il DSM, viene applicato anche in Afghanistan, dove il rapporto uomo-donna è regolamentato su una modalità storica-culturale completamente diversa?" Cioè se l'uomo - faccio l'esempio – dà uno schiaffo alla donna, qui da noi ha un peso, lì ne ha un altro. Lasciamo stare quale sia giusto, non ha importanza. Ma quel soggetto verrà valutato in questa sua azione, sì, con lo stesso criterio? Ma non può essere, non può essere. Poi, non so se voi avete letto qualcosa sui DSM, ma insomma...

Seppure con eccezioni degne di nota, la psichiatria, con il suo determinismo diagnostico, tende a preordinare e standardizzare una traiettoria di cura del malato psichiatrico, in quanto considerato per lo più come portatore (in)sano di una degenerazione organica indelebile. Con ciò, essa tende a trascurare la natura eziologica variabile, perché socialmente situata e multifattoriale, che si pone alla base del disagio psichico. Infatti, come qualsiasi esperto di psicoterapia cognitivo-compartentale o in sociologia riconoscerebbe, chiunque sia classificato entro la tassonomia delle malattie psichiatriche è generalmente sensibile all'interiorizzazione di disfunzioni socio-sistemiche o comunque interne alle proprie cerchie sociali di appartenenza, prima ancora che essere affetto da una disfunzione organica. A tal proposito, è utile riportare le suggestive interpretazioni di due operatori dell'Associazione *Arcolabaleño* da noi intervistati, che ricollocano la contenzione entro una cornice ideologica-psichiatrica, che affonda le proprie radici nella abituale pre-interpretazione come malattia di quei comportamenti considerati anomici, perché non aderiscono al sistema normativo socio-culturale dominante. *Il linguaggio della follia*, per citare il titolo di un noto testo antipsichiatrico di David Cooper (1978), è decodificato attraverso un meta-linguaggio medico-psichiatrico, costruito *ad hoc*, che riporta gli

.....  
43 Il riferimento è a Castelfranchi, Henry, Pirella (1999).

atti locutori e illocutori del paziente ad universi di senso che mirano alla (s)valutazione, piuttosto che alla comprensione empatica. All'interno di questa cornice, non stupisce che la volontà del degente nei SPDC sia annullata, di modo che la pratica di legarlo con la forza, come quella di sottoporlo a cure farmacologiche pervasive, avviene contro la volontà del paziente. Tale spoliatura della propria autodeterminazione e dignità avviene di nuovo in base al principio, privo di deroghe, per il quale l'obiettivo è di riportare ciò che è irrazionale al dominio della razionalità e paradossalmente lo si fa senza preoccuparsi di fornire al paziente gli strumenti per comprendere almeno il *sensu* dei trattamenti cui lo si sottopone. "Incapace di intendere e di volere" significa anche, dal punto di vista di chi dispone le pratiche coercitive, inabile a stabilire cosa sia meglio per sé, secondo un principio di autorità che in realtà travalica lo stesso giuramento di Ippocrate (testo moderno), il quale impone la libertà del paziente nella scelta del medico – e quindi anche delle cure cui sottoporsi – "tenuto conto che il rapporto tra medico e paziente è fondato sulla fiducia e in ogni caso sul reciproco rispetto".

Alberto: Sono d'accordo, la cosa centrale, e forse l'ho anticipato prima, è questa deriva per cui si tende a utilizzare degli strumenti diagnostici che sono riconosciuti da una specie di comunità scientifica che si arma di un linguaggio, e questo linguaggio utilizzato nelle diagnosi ha una ripercussione sul trattamento che per certi versi è deleteria. Io non voglio generalizzare, ieri abbiamo incontrato uno psichiatra che va tutto in altra direzione, ci sono persone che anche all'interno del sistema che hanno una capacità di lettura della persona più ampia, che prevede degli strumenti filosofici e esistenziali, e non prevedono solo il linguaggio diagnostico.

*I: La tassonomia diagnostica, come si dice...*

Alberto: ...tassonomia diagnostica che loro dicono essere neutra, ma di neutro non c'è nulla...

*I - ... non solo, ma spesso le diagnosi creano i destini...*

Enrico: sì è proprio una *profezia che si autoavvera*, l'etichettamento. La cosa assurda è che si stanno formando dei "bravi operatori professionisti" che sono educati a leggere la realtà a seconda di questi testi sacri introdotti nelle università, per cui tu esci da una scuola, hai quel tipo di vocabolario, il sistema ti propone di adottare quelle definizioni, per come dire... andare a razionalizzare l'indefinibile, tu definisci reale quella situazione come schizofrenico paranoide e quella situazione ne porta le conseguenze.

Le parole proferite da Alberto ed Enrico, operatori nell'Associazione *Arcobaleno*, sono rivelatrici di un processo che parte dall'etichetta con cui viene denominato e classificato il disturbo del paziente e che conduce tutte le persone appartenenti alle proprie cerchie sociali a comportarsi come se quello stigma aderisse totalmente all'identità della persona<sup>44</sup>. Lo stesso paziente, a sua volta, tenderà, adottando la lente di quelle immagini riflesse e delle pratiche farmacologiche e coercitive messe in atto per domare il demone della "follia", a interiorizzare lo stigma e a comportarsi come se quella specifica "definizione della situazione" aderisse alla Verità e come se l'alone della malattia psichica e il discredito conseguente ai processi di stigmatizzazione tendessero a contagiare ogni sfera identitaria come quella affettiva, professionale e civile (Cardano 2007). Su questa scia, in base al teorema di Thomas - secondo il quale "se gli uomini definiscono come reali certe situazioni, esse sono reali nelle loro conseguenze" (Merton, 1938; tr. it., 1957) - la profezia della malattia diagnosticata tenderà ad autoavverarsi nei proprio effetti (*ibidem*), con un significativo rischio di cronicizzazione. Accogliendo e ampliando questa suggestiva prospettiva interpretativa, la stessa contenzione meccanica può essere legittimamente vista come frutto di un paradosso, in base al quale si pretende di curare una malattia, molto spesso legata alla dissociazione dalla realtà, attraverso strategie dissociative che, da un lato, sottraggono la libertà della persona e dall'altro, in dati momenti, vorrebbero che il paziente poco prima contenuto si esprimesse attraverso i colloqui con i medici o anche esperienze creative, come laboratori d'arte.

Il problema è precisamente che la rappresentazione collettiva che della follia si ha, in termini di imprevedibilità e

.....  
<sup>44</sup> Si rimanda a Goffman (1963; tr. it., 2003) per un testo sociologico, più generale, emblematico per la sagacia e l'accuratezza con cui l'autore ricostruisce i meccanismi generativi dello stigma e i suoi effetti sul piano psicologico e sociale.



pericolosità sociale, sembrerebbe essere alimentata proprio dai detentori del sapere diagnostico e specialistico, traducendo poi il ricovero ospedaliero, soprattutto se coatto (TSO), in una sorta di *misura custodiale*. È come se infatti si immettesse il soggetto, che in un dato momento ha vissuto una crisi acuta, in un circuito di autocentratura della propria identità su quella di malato socialmente indesiderato e pericoloso, con un rischio conseguente molto alto di cronicizzazione dei disturbi. Gli psichiatri non escludono quasi mai che vi possa essere una componente genetica (e quindi irrimediabile) e non scartano mai, anche quando il soggetto avrà raggiunto uno stato di equilibrio, la possibilità di altre manifestazioni patologiche future. Dunque, lo stigma è psichiatrico, prima ancora che sociale, o meglio il processo che si istituisce tra queste forme di stigmatizzazione è di mutua legittimazione. Come argomenta bene l'avvocato Di Palma:

Di Palma: C'è un concetto molto diffuso, vissuto da tutti, anche dall'uomo della strada, che il malato psichiatrico sia pericoloso per posizione. Cioè, il malato psichiatrico è quello che sicuramente farà una cosa strana, è quello che improvvisamente cercherà di buttarsi dalla finestra, improvvisamente ti salta addosso e ti dà una coltellata, si butta sotto una macchina... Poi le statistiche, per quello che ho letto io, ci dicono che i comportamenti così anomali sono molto più diffusi nel cittadino comune che nel malato psichiatrico... Quindi, però, la convinzione esiste, il malato psichiatrico fa paura. E questo è un grosso problema, questo dello stigma, perché nel momento in cui anche io mi trovo a trattare delle indagini che riguardano persone sottoposte a TSO, basta che un medico, psichiatra, avvocato scriva in un atto la parola "delirio", la parola "paranoia", scatta immediatamente un meccanismo di paura, direi quasi, nel prendere determinate decisioni, provvedimenti, che siano troppo autorizzativi nei confronti di questa persona, perché non si sa mai cosa farà questo, non si sa mai cosa potrebbe succedere. Mi è captato un caso molto interessante di una persona sottoposta a una misura restrittiva civile; insomma, aveva un amministratore di sostegno e non poteva fare certe cose, io sostenevo che la fase che giustificava la nomina dell'amministratore di sostegno fosse passata, per cui attraverso uno psichiatra cercavamo di capire se fosse possibile arrivare ad una revoca. E quale è stata la risposta? "Ma certo, questa persona oggi sta bene, se voi mi chiedete se oggi ha bisogno dell'amministratore di sostegno devo dire di no, ma non posso escludere che in futuro possa averne bisogno perché ci sarà una recrudescenza della malattia". "Bene, dottore", dico io, "Lei può escludere che il sottoscritto avvocato a ottanta anni sarà affetto da demenza precoce? No! E allora perché non applicate la misura anche a me, se posso stare male?". "Allora noi oggi gliela togliamo, nel momento in cui questa persona darà nuovamente segni gliela rimetteremo!". Però, non può essere una cosa che una volta che inizia non finisce più, altrimenti non ha senso!

*I - E come mai questo succede?*

Di Palma: Perché c'è lo *stigma psichiatrico*! Perché il malato psichiatrico fa paura, non è credibile, perché per posizione è quello che fa le cose strane.

La contenzione si inserisce in questa *spirale di cronicizzazione della malattia*, accentuando unilateralmente la rappresentazione riflessa di pericolosità sociale e, nel contempo, mettendo nella massima evidenza quanto sia ingiustificata, anche sul piano etico, la volontà, che fa da sfondo a questa pratica, di affermare un principio di mancata autodeterminazione del paziente psichiatrico. Contenere, lungo questa linea interpretativa, equivale a negare un principio di cura, piuttosto che affermarlo e a trasmettere al paziente (e non solo a lui) l'immagine di uno strumento punitivo.

Rispetto alla negazione di un principio di autodeterminazione delle cure da parte del paziente psichiatrico si esprime anche il consulente per la Regione Piemonte Corbascio. Come argomenta, la psichiatria condivide un paradigma bio-genetico della malattia mentale, che fa sì che si privilegino le cure farmacologiche, piuttosto che quelle psicodinamiche, anche laddove specifici modelli terapeutici "alternativi" abbiano palesato una comprovata efficacia e senza considerare, peraltro, gli effetti negativi a livello identitario che l'enfaticizzazione della ineliminabilità della componente genetica potrebbe avere sul paziente, destituito irrimediabilmente di ogni potere e speranza di guarigione definitiva:

*I - Insomma c'è una soggettività del paziente che esce di scena...*

Corbascio: E guardi che questo c'è anche in molti bravi psichiatri, anche tra i miei bravissimi maestri, ma appunto siccome io sono bravo e illuminato, tu devi fare quello che dico io per il tuo bene, ma quello che dico io, in buona fede ma... anche quelli che hanno chiuso l'ospedale psichiatrico, e hanno fatto una gran cosa, ma l'hanno fatta tra psichiatri, Basaglia, Pirella, noi, Giacomini, siamo stati gli attori, io per primo dico cosa è bene per te... ma bisogna essere malleabili e saper gestire questa complessità, ma poi il paziente dice no, io non voglio questo. Per esempio, anche il lavoro: ricordo un caso, tempo cooperative, ma questo andava e spaccava i vetri e allora no, questo ragazzo qui non può lavorare, perché deve per forza? Dove sta il problema? C'è tanta gente che non lavora! Per me c'è un legame tra il modello biologico e la contenzione, c'è un legame che è anche culturale, perché se io sono convinta che la malattia mentale sia un danno biologico e una alterazione – come a volte anche è - allora l'aspetto “umano” tra virgolette, rimane in ombra. Abbiamo in alcuni casi l'evidenza di una alterazione, ma anche in questi casi non abbiamo di fronte una cirrosi epatica... Sappiamo poi anche da studi recenti che talune pratiche socio-educative e riabilitative sono più efficaci di altri tipi di trattamento; gli inglesi sulla depressione hanno detto che la terapia cognitivo-comportamentale è efficace quanto i farmaci e però costa un po' meno. E quindi loro nei servizi dicono prima fai quello e poi vediamo, pensi che roba... qua c'è il farmaco e poi semmai...

### **3.2.4. Cosa non è e cosa è la contenzione meccanica: non è una terapia ma indicatore di fallimento dei servizi di cura**

Se la prescrizione dello psicofarmaco, soprattutto se accompagnata dalla volontarietà dell'assunzione, ha un'indubitabile razionalità terapeutica, la natura paradossale e anomala della pratica della contenzione meccanica assume un'intensità ancora maggiore, nel momento in cui in modo generalizzato la letteratura ne neghi il carattere terapeutico, per enunciare semmai una serie interminabile di effetti negativi sul piano fisico e psicologico (cfr. cap. 2). Anche gli esperti intervistati tendono a negare unanimemente il carattere terapeutico della contenzione meccanica e a svelare quali funzioni latenti, insieme alle altre pratiche di contenzione, essa effettivamente assolve nella vita ospedaliera.

A supporto della negazione del carattere terapeutico e del suo configurarsi come forma di abuso dovuta a un fallimento terapeutico, si esprime anche Pietro Sangiorgio, che tra tutti gli intervistati è quello ad aver maturato una maggior esperienza di ricerca. Intanto, per quanto Sangiorgio abbia operato per anni in un SPDC *restraint*, come anche gli altri esperti condanna fermamente e a più riprese *l'uso disinvolto con cui la contenzione oggi è praticata* e ne auspica l'eliminazione futura (Sangiorgio 2010; Sangiorgio e Sarlato 2008/2009). Nel contempo, la considera legittima come forma di contenimento dei rischi, da delimitare precisamente a un tempo di brevissima durata e nel rispetto della dignità del paziente e in ogni caso da utilizzare come *extrema ratio*, ossia quando qualsiasi altro tentativo, meno violento, di rispondere all'emergenza non abbia sortito alcun effetto. Nel delimitare precisamente le condizioni di ricorso a situazioni di emergenza e nello specificare le modalità di utilizzo nell'ottica della riduzione del danno, la valenza terapeutica è comunque valutata come nulla. In questa direzione, Sangiorgio fa emergere la sua visione pragmatista critica, che lo induce a definire la contenzione meccanica come atto reso necessario dall'impossibilità di operare nell'immediato con altri strumenti meno invasivi e coercitivi e a riconoscere che in ogni caso il ricorso ad essa configura un vero e proprio fallimento terapeutico:

*I - Ma quindi può configurarsi anche come atto terapeutico?*

Sangiorgio: No, escludo che la contenzione possa configurarsi come atto terapeutico.

*I. C'è un dibattito, no? ... insomma, su...*

Sangiorgio: C'è un dibattito... però, come dire, nella maggioranza delle circostanze l'uso della contenzione può essere giusto pensato come una estrema forma di difesa rispetto a un eventuale danno. E comunque nel momento in cui la contenzione si verifica, potenzialmente diventa una forma di abuso. Per cui, a mio avviso, è più corretto richiamare la contenzione come un fallimento terapeutico, e non mai come un atto terapeutico.

Quando accade, come accade, gli operatori più avvertiti sanno che la contenzione può essere un momento, una fase di transizione, spesso breve rispetto a quello che può essere poi il ristabilirsi di una relazione che, come la relazione tra genitore e bambino, deve essere una relazione dinamica, così la relazione tra l'équipe curante e il paziente non può essere che un momento oltre il quale poi si deve operare perché la contenzione non ci sia. Quindi, la contenzione è un atto di necessità che, come stabilisce la legge, non può che essere un fatto, come dire, transitorio, immanente, di brevissima durata, che deve portare poi al ristabilire di una relazione tra soggetti che hanno pari diritti.

Unanimemente, e in conformità con la letteratura specialistica (vedi cap. 2), anche gli altri esperti negano alla contenzione qualsiasi funzione terapeutica. Toresini si inoltra fino a comparare la contenzione a un'altra forma di restrizione della libertà (la sedazione forzata), per argomentare quanto legare il paziente sia una "esperienza insopportabile" che, al contrario della sedazione, non è neanche conforme alle esigenze di riposo del paziente e che impedisce la possibilità di assolvere qualsiasi funzione vitale per un essere umano:

Toresini: (...) la contenzione meccanica non può mai essere considerata un atto terapeutico. Una eventuale sedazione può essere considerata invece, almeno parzialmente, dipende dalle condizioni, un atto antiterapeutico a partire da cosa? A partire dall'esperienza soggettiva. La persona al limite sedata... qual è la sua esperienza soggettiva? Quella di dormire. Poi si sveglia, si muove, si gratta il naso, va alla toilette per urinare, eccetera. Insomma, no... vive un'esperienza di libertà e di sonno. Esperienza soggettiva... essere svegli, essere legati, è un'esperienza insopportabile (...). Eh, questa mi pare la differenza sostanziale, secondo me.

Gli "effetti devastanti" della contenzione investono anche chi è in cura nei CSM (Centri di Salute Mentale), e quindi fuori dai reparti, nel momento in cui – come avvenuto per il decesso di Francesco Mastrogiovanni e di Giuseppe Casu - la contenzione e i rischi connessi escono pubblicamente allo scoperto, valicando i confini chiusi dell'SPDC. La contenzione, in questo senso, disturba l'equilibrio anche di quei pazienti che "assistono" impotenti, dentro e fuori i reparti, alla contenzione di degenti che con loro condividono un vissuto di disagio psichico.

*I - Torniamo sugli aspetti di esperienza, quali sono gli effetti della contenzione sui pazienti che ha incontrato e quali quelli su chi pratica la contenzione?*

Di Palma: È interessante questa cosa. Dunque sul paziente che subisce la contenzione l'effetto normalmente è fortissimo. È un effetto devastante. Ed è interessante rilevare che anche coloro che non hanno subito la contenzione, ma che sono a contatto con il mondo della psichiatria, perché sono curati nei centri di igiene mentale, hanno paura quando una persona viene contenuta e si scopre. Non a caso quando Mastrogiovanni muore e si scopre che era contenuto, aumentano il numero di telefonate che riceve l'associazione che tutela i malati psichiatrici, perché la gente che sta fuori si preoccupa: "Ma allora lo faranno anche a me?". Quindi, la contenzione ha un effetto negativo su chi la subisce e su chi pensa che potrebbe subirla.

A fronte di questo effetto estensivo della contenzione, non stupisce la difficoltà degli psichiatri dei CSM a ottenere l'assenso del paziente affinché, in caso di necessità, il ricovero nell'SPDC sia *effettivamente* volontario e cioè, né coatto, come avviene nel caso del TSO, né indotto per altre vie (cfr. cap. 4).

### **3.2.5. Porte chiuse nei reparti: misura di sorveglianza e deterrente alla tutela del paziente**

Se la contenzione meccanica è da intendersi come atto antiterapeutico e si configura come indicatore di disfunzione dei servizi di diagnosi e cura, si riesce a comprendere perché il ricorso alla contenzione si accompagni sempre alla organizzazione *a porte chiuse* dei reparti, mentre i *21 SPDC no restraint*, che rifiutano l'uso della contenzione, prevedono generalmente anche le porte aperte. Oltre a limitare la libertà dei degenti, l'organizzazione a porte chiuse impedisce, *de facto*, una tutela del paziente nel momento in cui il reparto rimanga sigillato e reso temporaneamente inaccessibile anche per i familiari, per i legali e

per chiunque voglia far visita alla persona, nei momenti in cui, come quelli in cui è contenuta, non sia considerata “presentabile” agli sguardi esterni. Di Palma, che ha seguito da un punto di vista legale il caso Mastrogiovanni (cfr. tav. 3.1.), spiega efficacemente come, piuttosto che atto terapeutico, la contenzione meccanica rientri all’interno di un sistema di sorveglianza e controllo che a volte, anziché preservare il paziente dall’arrecare danno a stesso, può finire per essere addirittura letale. Di Palma, che ha visitato diversi SPDC, avanza l’ipotesi che la contenzione assolva la funzione latente di garantire il controllo sul silenzio e sull’ordine del reparto, nonché la possibilità per medici ed infermieri di assistere mantenendo una distanza emozionale. Prevenire e sorvegliare l’insorgenza di possibili incidenti o situazioni che rischiano di sovvertire, o anche solo incrinare, le regole gerarchicamente stabilite, e le corrispettive posizioni di potere sembrerebbero essere le parole d’ordine (non scritte) all’interno dello staff dei SPDC *restraint*:

Di Palma: Tenete conto che in Italia esistono circa 320 reparti SPDC, di questi all’interno dei reparti psichiatrici si fa una distinzione tra aperti e chiusi... amano dire con inglesismi *restraint* o *no restraint*. I reparti a porte aperte sono circa 20, gli altri sono tutti chiusi. Già questa circostanza fa venire qualche perplessità sul fatto che le persone che si trovano all’interno dell’SPDC non siano facilmente avvicinabili, perché dietro l’immagine della tutela della persona, che non può essere lasciata libera perché pericolosa, non in grado di autodeterminarsi, ci sono tutte queste tematiche. Cioè sembra una misura di protezione, quando in realtà è una misura di controllo. Le persone dei reparti non vengono neanche informate del fatto che possono o non possono fare determinate cose. Sono semplicemente chiuse dentro, è difficile entrare nei reparti psichiatrici. Basta che uno psichiatra accampi l’esistenza di ragioni mediche a far sì che il paziente o il cliente, se va l’avvocato a trovarlo, venga considerato non in grado di ricevere visite, con la motivazione che questo destabilizzerebbe ulteriormente il suo stato di umore. Può darsi che quella persona in quel momento sia contenuta nel letto e questa circostanza è quella che si è verificata esattamente nel caso Mastrogiovanni. Perché quando la nipote, il 3 agosto 2009, va in reparto insieme al fidanzato e dice: “vorrei visitare zio”, il medico le dice: “no perché è opportuno che non sia visitato da nessuno al fine di non destabilizzarlo ulteriormente”. Mastrogiovanni era legato al letto già da tre giorni, morirà nella notte tra il 3 e il 4 agosto e io ho il serio dubbio che, in realtà, se quel giorno la nipote avesse insistito a vedere lo zio e lo avessero sciolto e si fosse alzato dal letto, forse non posso dirlo da un punto di vista medico visto che faccio l’avvocato, ma forse non sarebbe morto. Perché lui è morto per un edema polmonare legato alla posizione per cui è stato costretto per giorni, giorni e giorni. Quindi, ecco qui, che la contenzione passa un po’ come messaggio di controllo o addirittura aiuto della persona che può essere pericolosa, ma spesso viene applicata per *ragioni di comodità e di praticità* perché è più facile tenere una persona contenuta e gestirla, piuttosto che farla fare quello che crede che possa muoversi e che possa manifestare se stesso insomma.

L’esigenza di controllo cui fa capo la contenzione travalicherebbe, in questo senso, addirittura i confini già angusti di una misura custodiale associata alla presunta pericolosità del paziente, per divenire, come si avrà modo di argomentare meglio tra breve, una questione di comodo per far fronte a situazioni che richiederebbero un investimento relazionale *considerato* non compatibile con le disfunzioni di reparto.

### **3.2.6. L’ordine di reparto e il potere del personale infermieristico: la contenzione come strumento di controllo**

L’esperienza maturata nei reparti da intervistati, come Sangiorgio, consente di testimoniare che la contenzione è utilizzata frequentemente come strumento per garantire l’ordine, nonché il riposo degli infermieri. Quest’ultima rivelazione, che coinvolge una parte dei SPDC, si riconnette a un inaspettato, anche perché difforme da ogni elemento normativo, riconoscimento di potere agli infermieri all’interno dello staff di reparto nel determinare quando, dal loro punto di vista, si presenti “necessità” di contenere il degente. Si tratta di un elemento che peraltro ricorre nelle narrazioni dei vissuti di contenzione e che porta a considerare il rischio che il paziente psichiatrico possa diventare una sorta di capro espiatorio verso il quale il personale infermieristico rischia di riversare l’aggressività per le frustrazioni che derivano da un lavoro stressante e spesso poco gratificante. Occorre a questo riguardo considerare gli alti rischi documentati di *burnout* per

le professioni infermieristiche in questo specifico settore sanitario (Duzzi et al., 2014; Burla et al., 2013), che si accompagnano generalmente all'insidioso processo di disumanizzazione del paziente (cfr. par. 3.2.), sulla cui base – soprattutto se gli infermieri sfuggono al controllo dei medici che li dovrebbero dirigere e supervisionare – tutto diviene lecito:

*I - Senta, nelle modalità relazionali tra medico e paziente nei reparti esiste, nella sua esperienza o, insomma, per quanto riguarda la sua opinione, un gap significativo tra il genere di relazione desiderabile tra medico e paziente e la realtà? Quali sono a grandi linee i fattori che più incidono nel determinare tale gap?*

Sangiorgio: Beh, uno dei gap prevalenti, quello che è in qualche modo alla base, poi, di questo sconfinamento verso l'abuso, è nel fatto che i reparti psichiatrici italiani nascono, come dire, come... sulle ceneri dell'Ospedale psichiatrico. E come l'Ospedale psichiatrico era un luogo chiuso, impenetrabile all'esterno, rendendo la vita circoscritta alle mura dell'Ospedale psichiatrico, così nella maggior parte dei servizi psichiatrici italiani - parliamo cioè non di una percentuale bassa, ma del 90-95% dei servizi di psichiatria - sono luoghi chiusi, completamente chiusi, dove la possibilità del paziente di uscire, anche quando sta bene, anche quando si è in regime di ricovero volontario, anche quando è in fase di miglioramento, è sottoposto completamente alla discrezionalità del... diciamo dello staff curante, perché ... è bene mettere in evidenza: il sistema italiano è un sistema estremamente, come dire, non monolitico, dove *l'autorità dei medici è fortemente limitata dal potere effettivo degli infermieri*. Questa è una delle condizioni più importanti su cui è bene fare evidenza, perché la maggior parte delle contenzioni ha un processo proprio formativo che parte dagli infermieri. *Spesso la volontà dei medici, di quei molti o pochi che siano, che sarebbero disposti a sperimentare situazioni di maggiore libertà, viene fortemente coartata da una volontà prevalente, che in molti servizi psichiatrici esiste da parte degli strati infermieristici, di mantenere un clima di ordine e disciplina molto alto;* che porta quindi per un verso a mantenere queste strutture chiuse, per un altro verso ad agire con forza ogni volta che questo risulta necessario per mantenere l'ordine e la disciplina della struttura.

*I - Cioè, quindi la contenzione inizia dal personale infermieristico, praticamente, dalla relazione tra paziente e personale infermieristico...*

Sangiorgio: Ma certo! Le persone più stressate, in un reparto, sono proprio gli infermieri, perché sono quelli che hanno un rapporto diretto a partire dal Pronto Soccorso. Siccome è nelle situazioni di emergenza, è nel Pronto Soccorso che si costituisce il primo momento della contenzione del paziente, chi comunque costituisce la prima linea di fronte al paziente, è nella generalità dei casi costituito dall'infermiere. Il quale, di fronte a un paziente che si presenta confuso, agitato, perplesso, disorientato, e che avverte così l'insicurezza di una situazione, *la prima richiesta che il paziente venga contenuto parte proprio dall'infermiere*. E spesso è una richiesta molto forte, da cui è difficile, molto spesso, dissociarsi, perché portatrice di tutto un vissuto di angoscia, di stress, di tensione, di cui gli infermieri rappresentano, come dire, l'altra parte della medaglia rispetto al paziente.

Del presunto potere esercitato dalla corporazione infermieristica nel determinare il ricorso alla contenzione, nonostante – detto per inciso - il Codice deontologico dell'infermiere esprima tutt'altra posizione<sup>45</sup>, è testimone anche il dott. Giacomini, che ha operato a lungo nell'SPDC dell'Ospedale Mauriziano di Torino. Il rischio assume consistenza soprattutto laddove gli infermieri manchino di una specifica formazione nel settore psichiatrico, il che rende probabile che il loro comportamento diventi generatore di quegli stessi stati di agitazione dei pazienti che poi si “risolvono” con la contenzione:

Giacomini: (...) certo che l'infermiere ha bisogno di formazione specifica per imparare a lavorare con il paziente psichiatrico, e ce ne sono alcuni che ce l'hanno nel sangue questa capacità, altri che proprio non ce la fanno, si irridiscono e sono questi che fanno sì che poi il paziente agitato diventi un paziente da contenere.

.....  
 45 In particolare, l'art. 30 del testo - approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi Infermieri (Ipavsi) con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipavsi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009 - recita: “L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali”.

Che le motivazioni reali giustificative, nella vita di reparto, del ricorso alla contenzione siano altre, rispetto a quelle dichiarate formalmente, è l'ipotesi avanzata anche dal presidente del Club SPDC *No restraint* che, in modo ancora meno velato, rivela che la clausola normativa, peraltro debole, di ricorrere a questa pratica coercitiva solo in casi di estrema necessità è applicata in modo piuttosto lasco e con premure decisamente più rivolte al personale medico-infermieristico che non all'incolumità del paziente. Mentre di notte gli infermieri e i medici hanno la possibilità di dormire un sonno "tranquillo", c'è chi – contenuto - dorme un sonno molto meno naturale, perché indotto da dosi massicce di farmaci (contenzione farmacologica) o, sveglio, si contorce perché vorrebbe liberarsi da quella morsa, imposta con la forza dai presidi meccanici che lo tengono legato mani e piedi.

Toresini: I motivi [per cui si legano i pazienti psichiatrici] sono che è *molto più comodo così*, che si vive molto più tranquillamente, che di notte si può dormire... il personale di notte dorme perché le persone che possono creare dei problemi sono legate, e quindi si dorme sonni tranquilli. Queste sono le realtà, di fatto. *Le realtà effettuali.*

D'altra parte, occorre precisare che di fronte alla ipotizzata presa di potere degli infermieri rispetto alla gestione della contenzione, il primo ad essere sanzionabile in questi casi sarebbe proprio il Dirigente di reparto. Al momento di presentarle il diffuso riconoscimento di questo forte ascendente esercitato dagli infermieri, la dirigente del Ministero della Salute ha argomentato con fermezza che nel momento in cui avviene la perdita di controllo sul comportamento dello staff infermieristico interno all'SPDC, la principale funzione del Dirigente di gestione e coordinamento del personale è destituita totalmente di senso:

*I - Nelle interviste alcuni dirigenti sanitari ci hanno riferito che spesso, per quella che è la loro conoscenza della situazione nei SPDC, si ricorre alla contenzione per questioni di comodo e che spesso sono gli infermieri a spingere verso la contenzione, ad esempio affinché possano riposare la notte....*

Di Fiandra: Se un dirigente consentisse questa cosa io lo licenzierei, perché il direttore non deve consentire una cosa del genere. Ma che siamo matti?? Cioè non si può pensare di far riposare una persona a danno di legare un altro. Anche dirlo mi sembra veramente... (...) Tu sei il direttore, quindi tu sei il responsabile.

In effetti, già nel 1992 il Ministero della Sanità ha emanato una direttiva in cui si prescrive chiaramente che "non compete agli operatori sanitari l'adozione di mezzi coercitivi [...] essendo la forza pubblica la sola legittimata all'uso della forza [...]". Il tutto ancora una volta si gioca sull'ambiguità di quali pratiche siano da considerarsi coercitive.

Per non incorrere nel rischio di introdurre indebite generalizzazioni, è d'obbligo specificare che il lavoro "in prima linea" compiuto dagli infermieri può assumere tutt'altra configurazione rispetto a quella estrema finora descritta laddove il contesto del SPDC sia organizzato secondo principi diversi da quelli fondativi dell'ordine e della disciplina e sia piuttosto orientato a garantire ai pazienti cure adeguate calibrate ai bisogni che giustificano il ricovero, coatto o volontario che sia.

Come riferiscono informalmente Marcella Cannone e Sabrina Marchiori<sup>46</sup>, dopo le presentazioni dei primi risultati di questo capitolo durante l'VIII Congresso del Club Sdc no restraint:

Non contenere sta nella testa delle persone, indipendentemente dal ruolo che ricoprono. È però chiaro che ci vogliono uno o più elementi trainanti per produrre un cambiamento: a tal punto il dirigente che crede nel proprio lavoro, che sa argomentare le proprie scelte, ma soprattutto che sa coinvolgere l'equipe in un pensiero comune e in un agire comune, può portare a dismettere le pratiche coercitive. Non è semplice ed è un percorso lungo, ma nella pratica deve passare un solo messaggio: non si torna più indietro, per nessun motivo. Per fare ciò è necessario, come già indicato, conoscere i fattori di rischio e analizzarli, così come i fattori positivi legati

.....  
46 Rispettivamente coordinatore infermieristico e collaboratrice sanitaria – infermiera nell'Spdc di Udine.

al non contenere e a tenere le porte aperte del SPDC. È stato faticoso riuscirci, perché non usare relazioni di potere significa stare con le persone, ascoltarle, contenere le angosce, le paure, i deliri che vengono proiettati in maniera dirompente sull'operatore. Per sostenere tale carico gli operatori devono essere molto equilibrati e se possibile sostenuti. Tale sostegno lo si può trovare all'interno dell'equipe, in spazi appositi in cui si possono dichiarare le proprie difficoltà nel gestire i pazienti. Utile sarebbe un sostegno esterno che però le Aziende Sanitarie non hanno mai preso in considerazione. In questo tipo di relazione i pazienti sono protagonisti del proprio percorso di cura e riconoscono il nostro lavoro, si crea così un rapporto di fiducia reciproca che sta alla base di una relazione di cura (medico/paziente, infermiere/paziente). Infine, un aspetto fondamentale è la sospensione del giudizio: se l'operatore considera la persona nella sua interezza e non vede solo la sua patologia, che in certi casi la pervade completamente e la trasforma, allora riconoscerà il valore della relazione che si crea con il paziente e la difenderà, preservandone i diritti e tutelandola.

Si potrebbe concludere che le infermiere e gli infermieri sono, dunque, alternativamente soggetti attivi o passivi in funzione della presenza e intensità dei fattori di rischio, tra i quali spicca proprio la cultura di reparto che, come in tutte le organizzazioni, si struttura attorno agli artefatti e alle pratiche costruite dalla leadership e ha le potenzialità di trasformarsi in funzione dell'intensità e della qualità a geometria variabile della dialogicità nelle relazioni verticali (dirigenza-lavoratori-utenti) e orizzontali (relazioni tra soggetti con uguale potere (relazioni tra dirigenti, tra colleghi, tra pazienti...)).

### **3.2.7. Al di là delle asimmetrie di potere: la rappresentazione del malato psichiatrico del Terzo Settore**

Alla rappresentazione del paziente psichiatrico, a livello sociale e di reparto, è utile contrapporre la concezione, suggestiva ed efficace, che traspare dalle parole degli operatori delle associazioni di volontariato torinesi intervistati. Considerare il disagio psichico "una condizione umana" e porsi al suo cospetto senza pregiudizi, consente di entrare dentro, empaticamente, alla condizione esistenziale della persona ed accedere al carattere imprevedibile, e per molti versi insondabile, dei processi di ri-significazione inedita degli spazi sociali e delle azioni che configurano quello che per "noi" è ordinario e quotidiano e che per il "folle" è territorio da interpretare metaforicamente o comunque con le lenti della propria inquietudine interiore.

Raffaella: per me il valore fondamentale e il primo che mi sento di dire e a cui mi sento di appartenere e che è quello che muove tutto è considerare la follia e il disagio una condizione umana, che appartiene a tutti e di cui, bene o male, ognuno ha fatto esperienza, o familiare o personale o di amici. E quindi annullare questa dimensione come non ci appartenesse non... da qui parte tutto, follia come condizione umana da non eliminare, come si fa con la morte, che si allontana per non vederla. "Alla pari" per me vuol dire questo, io non sono diversa da te che magari hai avuto esperienza di TSO e di ricovero, io non sono magari arrivata sino a quel punto, ma non escludo che possa accadere a me o a qualche persona a me molto vicina. Questo è ciò che mi fa trovare il senso profondo dello stare qui e di condividere attività, la fatica anche di stare qui tutto il giorno, a volte otto ore sono lunghe.

Alberto: Per me confrontarsi con la sofferenza e con la follia vuol dire confrontarsi con qualcosa di insondabile e l'atteggiamento che provo a mettere in atto è di non avere un pregiudizio e non costruirmi delle etichette, non costruirmi dei meccanismi psicologici di lettura, interpretazione di quella che è una percezione altra. Io credo che la psicologia non voglia capire le percezioni ma si ostini a possederle. Quello che io cerco di fare in Associazione *Arcobaleno*, seguendo le indicazioni degli operatori che lavorano qua, e da Enrico, Vittoriano e Raffaella, io percepisco questo, un atteggiamento che si pone di fronte al mistero e all'insondabile con un punto di vista che non è quello di una lettura interpretativa psicologica, che tende a mistificare la natura stessa delle percezioni. Nel concreto, significa mettersi in relazione con le persone costruendo un vocabolario, un linguaggio che sia condiviso il più possibile, se non si condivide innanzitutto la parola, o il significato o il non-significato della parola per me è molto difficile poi arrivare a trasformare o a trasformarsi. Quello che ho imparato qua dentro è proprio questo, questa continua costruzione di una parola che però è sempre scivolosa,

è sempre ricondotta verso dinamiche di relazione operatore-utente, psichiatra-paziente, normalità-malattia. Qui, invece, c'è una continua ridefinizione di quella che è la parola sulla malattia, sulla follia, sulla sofferenza, sul disagio, perché c'è una coscienza del mistero e dell'insondabile che ci appartiene, che condividiamo. Parlo per me ma credo anche per gli altri operatori.

In questa rappresentazione della dinamica relazionale tra “folli” e operatori del Terzo settore, emerge complessivamente la totale assenza di riferimenti a costrizioni o sovraimposizioni di principi di autorità, così come non si convalida una struttura relazionale invariabile e standardizzata, fondata sulla asimmetria nelle posizioni di potere, che fa capo invece a pratiche ospedaliere come quella delle contenzione. Una struttura relazionale che privilegi la subordinazione del paziente, qualunque sia il profilo socio-culturale-biografico di quest'ultimo, accompagnata dalla spoliatura della propria dignità personale, è precisamente la premessa che giustifica, nella cultura di reparto, una pratica come quella della contenzione meccanica, che non caso rievoca tra i volontari del Terzo settore e di diversi intervistati l'immagine della *tortura*. In effetti, una volta negato il carattere terapeutico della contenzione meccanica, il paradosso prima esposto di curare la dissociazione con strategie dissociative potrebbe trasformarsi in un rischio ancora peggiore, che è quello di aggravare lo stato di dissociazione del paziente, *nella pressoché piena consapevolezza di farlo*. Si entra così in un crinale scivoloso, quanto fondamentale per districare il nodo della contenzione, che è quello della compatibilità etico-normativa di questa pratica ospedaliera, che sarà oggetto del prossimo paragrafo.

### 3.3. La (in)compatibilità etico-normativa della contenzione

#### 3.3.1. La prima posizione: la contenzione meccanica come pratica assolutamente illegittima

Nel primo capitolo abbiamo scandagliato a fondo l'incompatibilità della contenzione meccanica rispetto alla Carta costituzionale e ci siamo confrontati anche con le ragioni della illegittimità rispetto all'art. 605 del Codice penale, che incrimina il delitto di sequestro di persona.

L'unico legale intervistato si esprime categoricamente a giustificazione della illegittimità giuridica di questa pratica ospedaliera, che sembrerebbe porre il malato psichiatrico in una condizione di tutela minore addirittura rispetto a chi viene colto in flagranza di reato:

Di Palma: La contenzione non è mai legittima. La contenzione è tollerata al verificarsi di alcune condizioni. Perché una norma in Italia che dica che è possibile ricorrere alla contenzione *non esiste*. Che esistano delle cause, giustificazioni cioè che al verificarsi di determinate circostanze ricorrere alla contenzione sia possibile, ma è un altro discorso: devono sussistere le circostanze giustificanti, previste dal codice penale, che sono la legittima difesa e lo stato di necessità. E anche in quel caso non dimentichiamoci che la contenzione deve essere applicata nel tempo strettamente necessario a contenere lo stato di acuzie manifestato dal paziente in quel momento, va applicata nel rispetto della dignità umana, sovrintende non a caso tutta la materia l'art. 13 della Costituzione: “La libertà personale è inviolabile”. La verità è che nel nostro paese si sta verificando una cosa veramente strana, si verifica da ormai 37 anni, da quando esiste la legge Basaglia. Se le forze dell'ordine arrestano in flagranza di reato una persona, queste non possono fare di lei ciò che vogliono, devono portare il fatto all'attenzione del giudice: devono dirgli noi abbiamo preso tizio che faceva questo. E il giudice deve convalidarlo, cioè c'è un controllo dello Stato. Il soggetto che viene arrestato, preso con le mani del sacco, ha diritto a un avvocato, la prima cosa che gli si dice: tu hai diritto a un avvocato, anche se fosse un delinquente che ha commesso un delitto particolarmente forte, nefasto, che dà fastidio, eccetera... Quando una persona viene portata in un reparto psichiatrico, anche quando ha uno stato di acuzie che giustifica, voglio dire, perché nel momento in cui gli viene applicata una misura restrittiva della libertà personale nessuno gli nomina un avvocato? Perché lo stato non va a vedere questa persona lì dentro cosa ha fatto, se gli stanno praticando qualcosa che non si deve fare o meno? Questo non esiste, cioè questa persona, che non è interdetta, non è



incapace e in ogni caso non sarebbe una giustificazione, non ha diritti, è per questo che ci sono reparti chiusi, perché questo avviene e noi non lo sappiamo, cioè anche per me è stata una scoperta, sei sette anni fa, quando ho iniziato a interessarmi dei TSO, scoprire che con tanta facilità le persone vengono legate, e vengono legate anche per giorni.

Significativo al riguardo che, nell'esprimere la propria posizione nei confronti della contenzione, il Presidente del Club dei SPDC *No restraint* si appellò precisamente al Codice penale per manifestare la propria profonda avversità verso la pratica nei SPDC di legare mani e piedi i pazienti con la forza e contro la propria volontà:

*I - Se dovesse esprimere in una maniera incisiva la sua posizione nei confronti delle pratiche di contenzione, in particolar modo facendo anche le debite distinzioni, fra contenzione farmacologica e meccanica, e poi più specificatamente la sua posizione nei confronti della contenzione meccanica nei SPDC, che cosa direbbe?*

Toresini: Direi semplicemente che si tratta di reati. Articolo 610 e 605 del Codice Penale, violenza privata e sequestro di persona, molto semplice. Se uno facesse le stesse cose fuori, sicuramente andrebbe penalizzato. Lo fai in ospedale: c'è di mezzo l'equivoco del giuramento ippocratico per cui l'opinione pubblica, la magistratura, ecc. ritengono che effettivamente i medici facciano queste cose nell'interesse dei pazienti. C'è tutto l'equivoco, per esempio, della rianimazione, o degli interventi chirurgici. È logico che quando fui operato di appendicite mi legarono a letto, al tavolo operatorio, ma che c'entra? È logico. Di questo ne parlai con Ignazio Marino, quella volta che fu presidente della Commissione di verifica... quando lui andò negli OPG, verificò che c'era la contenzione... un giorno durante un convegno alzai la mano e dissi: "Senatore, presidente, lo sa che la contenzione si fa anche negli ospedali civili?". Lui, che è un chirurgo, rimase... e poi dopo un po' disse: "Ma in rianimazione come si fa a non contenere? Una persona che c'ha dieci tubi che sono vitali per la sua vita ed è confuso...". "Eh senatore, è un'altra cosa...". Pazienza! E quindi c'è questo equivoco...

A queste ragioni di illiceità giuridica, Toresini aggiunge anche considerazioni di ordine etico, che ricongiungono la sua posizione alle considerazioni, già riportate nel par. 3.2, circa la sua ipotesi di assimilazione psichiatrica del "malato mentale" ad un rettile (nel brano che segue è richiamato, usando il termine: "coccodrillo"). In quanto considerato incapace di intendere e di volere, il degente psichiatrico non è considerato in grado di autodeterminare i trattamenti cui sottoporsi e il suo stigma, interiorizzato e riconosciuto come tale in tutti gli strati della società, lo conduce fuori dal territorio dei diritti, in uno spazio fisico-sociale, come quello dell'SPDC, in cui – con tutte le debite differenze da caso a caso - si può incorrere nell'esperienza di essere legato coercitivamente, sottoposto con la forza a cure farmacologiche, anche pesanti, e di essere umiliati, senza che qualcuno, almeno all'interno del reparto, si ponga il problema che diritti importanti, sanciti dalla legge e dalla Costituzione, siano stati violati attraverso l'esercizio sistematico della "violenza".

*I - (...) Sente di esprimere anche considerazioni di natura deontologica a sostegno della sua posizione?*

Toresini: Mah, direi che è un fatto etico, è sostanzialmente un discorso di etica, evidentemente, è logico. È il riconoscimento dell'altro da sé come un soggetto portatore di diritti, alla fine, è sempre quello. Il coccodrillo non è un portatore di diritti, se ci pensiamo. Questa è la pregiudiziale che ci sta dietro. E poi ci potrebbe essere tutto questo discorso civilistico del danno psico-biologico esistenziale, insomma, no? La *squalifica ontologica*. Il messaggio del dire: "Tu non vali niente". Interiorizzalo!

*I - Non sei un essere umano...*

Toresini: La contenzione da molti psichiatri viene interiorizzata come uno strumento terapeutico, psicoterapeutico, e hanno paradossalmente ragione. Perché è vero che la contenzione serve per interiorizzare la *regola della violenza*. Dopodiché, uno si comporta di più adeguandosi alle regole della violenza esistente nella società, insomma...

La tesi di chi sembrerebbe sostenere che il ricorso alla contenzione sia tuttora disciplinato dal decreto regio sugli istituti manicomiali del 1904-1909, perché non abrogato esplicitamente dalla legge 180 del 1978

non trova, dal punto di vista di Di Palma, alcuna legittimità giuridica, mentre il suo parere esperto sembra convalidare la tesi del quadro di un totale vuoto giuridico – e quindi del regime di illiceità di fatto - entro il quale la contenzione si muove:

*I - Ecco questo è un tema controverso, quello del vuoto, perché i sostenitori della legittimità della contenzione affermano che la legge Basaglia non ha cancellato l'articolo del decreto legge del 1904 che regola...*

Di Palma: Assolutamente superato! Ormai non esiste più quell'articolo!

*I - C'è però chi sostiene che non sia stato abolito esplicitamente...*

Di Palma: Ma non esiste più! Non dimentichiamoci che la legge manicomiale e il successivo regolamento del 1909, in cui c'è il famoso articolo che affidava il controllo del manicomio al Ministero dell'interno. Non erano dei medici, perché quel sistema legislativo serviva a mantenere il controllo sociale nei confronti dei soggetti che davano fastidio. Gli stessi medici psichiatri erano un ausilio del Ministero dell'interno, di queste persone che controllavano i manicomi. La legge Basaglia cosa ha cambiato veramente? Ha portato al centro di tutta la tematica psichiatrica il paziente e il malato, quindi la normativa del 1904-1909 non esiste più, è stata completamente bypassata e il fatto che non esista una legge che dice.., che non esiste più, non vuol dire che sia operativa perché non esistono le strutture dove applicare quel tipo di contenzione, non esistono più nemmeno le figure di controllo di riferimento perché il direttore del manicomio era quello che doveva autorizzare la contenzione e le modalità con cui doveva avvenire, e oggi chi lo fa questo?

*I - Abbiamo letto articoli di giuristi, psichiatri, etc. che sostengono questo, che dicono: "siccome la contenzione non è esplicitamente abrogata dalla legge Basaglia, allora rimane legittima".*

Di Palma: Giuridicamente non ha senso. La legge Basaglia non abroga puntualmente degli articoli, la legge 180 è composta di 5-6 articoli e ti dice quali sono le modalità attraverso le quali si può applicare il TSO, non c'è una presa di posizione nei confronti di quanto avveniva precedentemente, ma allora io dico: non esiste nemmeno una norma che vieti che noi portiamo una persona nel Colosseo a combattere con i leoni, eppure non la applichiamo più, come mai? Non esiste una norma che dica quando un paziente psichiatrico è in uno stato di acuzie, noi lo possiamo mettere dentro una vasca con acqua ghiacciata per creare quella sorta di crack emotivo che gli faccia superare la crisi, eppure oggi questa cosa non si fa più.

### **3.3.2. Il ricorso alla contenzione meccanica come forma di extrema ratio, legittimata sul piano giuridico: i rischi di ambiguità dello stato di necessità nella sua traduzione operativa nella vita di reparto**

La posizione della dirigente del Ministero della Salute, Di Fiandra, in materia di contenzione meccanica è piuttosto articolata perché opera una distinzione tra ciò che è legale e ciò che lei stessa riterrebbe giusto sul piano etico ed operativo. Se sul piano giuridico-normativo, ritiene che la contenzione sia assimilabile ad un trattamento senza consenso e, come tale, normato da appositi riferimenti giuridici, che hanno avviato e regolamentato l'esperienza dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e che disciplinano il Sistema Sanitario Nazionale, dall'altra la profonda conoscenza delle linee guida a livello nazionale e internazionale, nonché delle situazioni di molti dei SPDC nelle varie regioni, la induce sostanzialmente ad assumere una posizione personale totalmente contraria all'uso della contenzione meccanica, in quanto ritiene che (quasi sempre) si potrebbe e dovrebbe, in nome di un principio di rispetto del malato, prevenire l'insorgenza di quelle situazioni estreme che inducono a legare i pazienti.

Di Fiandra: La contenzione può essere legittima all'interno intanto di una cornice che è quella delle limitazioni rispetto ai trattamenti senza consenso [precedentemente ha fatto riferimento alla legge 180 e alla legge 833 sul Sistema Sanitario Nazionale che la ricomprende]. Ci sono alcune situazioni, che in genere sono le situazioni in cui c'è, si ravvisa una pericolosità per sé e per gli altri, c'è un danno, un rischio possibile per l'incolumità della

persona; perché una delle prime cose è il danno su sé stesso, o a terzi, in cui si agisce senza il consenso della persona che in quel momento non è in grado di dare. All'interno di questa cosa, chiaramente bisognerebbe valutare il peso di ogni intervento. Personalmente sono contraria ad ogni forma di contenzione, perché ...

I: Per ragioni anche etiche?

Di Fiandra: Anche etiche, ovviamente, il rispetto del paziente ...

I: La distinzione, chiaramente, tra il livello normativo e la legittimità è un livello etico ...

B: Sì, che però non è che è normato. Almeno che io sappia, non esiste un codice etico che dica che non si deve fare così.

A: Lei dice che è contraria perché ...

B: Ma perché fin dove è possibile prevenire, e ci sono amplissimi spazi dove è prevenibile, non si deve fare.

Pietro Sangiorgio, seppure si unisca alla condanna unanime della contenzione, adotta un punto di vista definibile come pragmatismo critico. Il punto di partenza si raccorda ad una posizione molto diffusa che è quella che giustifica il ricorso alla contenzione come *extrema ratio*, cioè solo in casi eccezionali, in mancanza di alternative o in stato di emergenza. In accordo con questa posizione, come è stato ricostruito nel cap. 1, lo stesso decreto regio, che regolava gli istituti manicomiali (per quanto sia da considerarsi decaduto), come anche tutti i riferimenti normativi successivi che, pur non facendo riferimento esplicito alla contenzione, regolano i trattamenti psichiatrici non volontari nei SPDC (e in generale nelle strutture ospedaliere), primo fra tutti il ricovero ospedaliero coatto (TSO), risultano collocarsi sullo stesso registro. Questi riferimenti normativi autorizzano, cioè, l'uso della forza e della coercizione solo in casi estremi, di riconosciuto rischio per l'incolumità del paziente o di altre persone (altri degenti, personale, ...) e la scelta di ricorrervi, nella sua discrezionalità, dovrebbe sempre passare per il vaglio di una serie di autorità esterne (come è nel caso dei TSO) o, comunque, da parte di dirigenti sanitari interni alle strutture. Il risultato dell'ambiguità con cui lo *stato di estrema necessità* è stato di volta in volta interpretato - come lo stesso Sangiorgio riconosce criticamente basandosi sui risultati delle ricerche personalmente condotte nei SPDC e come tutti gli intervistati unanimemente sottolineano - ha causato, però, nella realtà dei fatti, un uso spesso indiscriminato e abusivo della contenzione in Italia. Anche mantenendo il richiamo (da molti intervistati considerato debole) ai riferimenti normativi che legittimano la sopravvivenza della contenzione, soprattutto nei SPDC che ne fanno un uso routinario, è possibile giustificatamente parlare di grave abuso, dal momento che se ne fa comunemente ricorso anche in situazioni che non configurano un effettivo rischio per la vita o incolumità del paziente, di altri degenti o dello staff.

*I - Senta, esprima liberamente, se vuole, qual è la sua posizione nei confronti delle pratiche di contenzione, in particolar modo della contenzione meccanica, nei SPDC.*

Sangiorgio: Mah, la mia opinione è un'opinione, diciamo, abbastanza laica. Cioè, in questi sei anni in cui ho fatto la ricerca io mi sono reso conto che è possibile, in molte circostanze, limitare l'uso della contenzione a situazioni, diciamo, di assoluta necessità, dove per assoluta necessità intendiamo quelle in cui effettivamente si può creare una grave forma di pericolo per la vita del paziente. E tuttavia, quindi, sono convinto, da questa osservazione generale, che è possibile mantenere nei reparti un clima di relativo rispetto della dignità dei pazienti, della loro vita, e quindi fare a meno delle contenzioni in moltissime situazioni. In poche situazioni credo che questo sia, e sarà difatti, inevitabile, per cui io non credo sulla base della mia esperienza che è possibile eliminare tout court l'uso della contenzione nei reparti psichiatrici, perché si creano in circostanze particolari, nella relazione tra paziente aggressivo o agitato che sia, e struttura un clima in cui, diciamo, la forza è come la forma di cui parlava Winnicott quando pensava al bambino agitato, il genitore ha bisogno in alcune circostanze di poter limitare il malessere del bambino tenendolo fermo, constringendolo e impedendogli di farsi del male. E quindi credo che in situazioni estreme, come quelle che si possono verificare con una

certa frequenza, sia utile ricorrere alla contenzione. Tuttavia ritengo ... diciamo che l'80%, diciamo, un altissimo numero delle contenzioni che si verificano oggi, sono prevalentemente forme di legittimazione della coercizione che diventano abuso rispetto alla dignità, rispetto ai diritti del paziente, rispetto ai quali, diciamo, nulla si fa perché questo non accada.

L'abuso, di cui parla Sangiorgio, non risiede esclusivamente nella estrema discrezionalità, con cui in diversi SPDC - proprio a partire dall'interpretazione dello stato di necessità - si decide di ricorrere alla contenzione, ma investe anche i modi in cui essa viene effettivamente praticata nella vita quotidiana di reparto. A questo livello, è d'obbligo sollevare almeno due questioni: 1) la durata della contenzione; 2) la sorveglianza sullo stato di salute e sui bisogni del soggetto contenuto.

Al primo livello, i nostri intervistati convergono nel riconoscere quanto efficacemente messo in rilievo, tra gli altri, da Dodaro:

“Abusiva è tanto la contenzione ingiustificata quanto, ovviamente, una contenzione che si protrae oltre la situazione di necessità che l'aveva originariamente giustificata. Ma quanto può durare la contenzione meccanica? Nessun protocollo operativo è in grado di fissare a priori la durata massima della contenzione, non potendosi sapere in anticipo per quanto si protrarrà lo stato di necessità. I protocolli si limitano a prevedere che la contenzione trovi applicazione limitatamente al tempo necessario per la risoluzione delle condizioni che l'hanno motivata e fissano un tempo di validità dell'atto prescrittivo che in media non supera le 12 ore. Scaduto il termine, l'atto può venire riconfermato per un numero di volte e per una durata complessiva che di fatto è indefinita. Una così ampia discrezionalità affidata al personale medico, sostanzialmente al di fuori di controlli stringenti di legalità da parte della magistratura, ha reso di fatto possibile che la contenzione si protragga al maggior numero di volte per molte ore o giorni. Dall'indagine PROGRES-ACUTI del 2001 è emerso infatti che nei 289 SPDC censiti la contenzione ha avuto nel 36% dei casi una durata pari o inferiore a sei ore, mentre nel 42% dei casi ha avuto una durata compresa tra sei e ventiquattro ore e nel 23% dei casi si è protratta persino oltre le 24 ore” (Dodaro, 2015, pp. 331-2).

Ad un secondo livello, è da sottolineare che se si seguissero le pratiche protocollate da molte delle linee guida stilate a livello regionale o di reparto, anziché supplire alla carenza di personale, l'applicazione della contenzione meccanica dovrebbe richiedere, sia al momento di avviare la pratica che *in itinere* per evitare gli effetti più dannosi, prestazioni di cura (assistenza infermieristica e check up medici continuativi) che a ben vedere si rivelerebbero ben più onerose sia di quelle effettivamente messe in atto sia di quelle che sarebbero richieste da pratiche alternative di “contenimento” dell'angoscia e dell'aggressività su base relazionale.

Che questa richiesta rimanga in buona misura sistematicamente elusa e che spesso la contenzione sia un espediente per non occuparsi di degenti troppo “impegnativi” è quanto sostanzialmente emerso nelle analisi precedenti, che hanno associato la contenzione routinaria del paziente ad una sorta di misura di garanzia del riposo del personale. Questa stessa indicazione di incuria per il degente contenuto si è derivata anche dialogando con persone che hanno vissuto la contenzione e che hanno il preciso ricordo di essere stati abbandonati, una volta legati, e di come le loro urla per essere slegati, o a volte anche solo per ricevere dell'acqua da bere, rimanessero inascoltate (si veda anche al riguardo l'eloquente raccolta di testimonianze in Manicardi, 2010).

Proprio contro le modalità con cui della contenzione meccanica si fa *effettivamente* uso all'interno dei SPDC si è pronunciato fermamente, nell'aprile dell'anno in corso, *il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB)*, sottolineando, in questo modo, come la incompatibilità, prima ancora che giuridica, sia di natura prettamente etica e quanto, come già evidenziato nei paragrafi precedenti, il riferimento allo “stato di necessità” sia stato declinato di frequente, nella pratica, come mera “questione di comodo”. Si tratta di un documento di sedici cartelle che, per il modo in cui documenta precisamente la situazione italiana e nel resto di Europa e per la significatività che riveste nel percorso di riconoscimento dei diritti del malato psichiatrico, si è deciso di riportare in appendice (cfr. Appendice 3.2.). Oltre a raccomandare la lettura di questo documento in forma

integrale, rispetto al discorso collettivo che qui si sta ricostruendo, è opportuno soffermarsi su alcuni passaggi salienti dello stesso, che suffragano molti degli aspetti che il nostro report ha affrontato e affronterà.

Intanto, si tratta di un pronunciamento che parte dalla constatazione circa il carattere vano assunto dai precedenti documenti prodotti dallo stesso CNB (1999; 2000):

“Il CNB si è già pronunciato diverse volte in merito alla contenzione, invitando al suo superamento. Questo nuovo pronunciamento nasce dalla constatazione che, nonostante gli anni intercorsi, la contenzione è ancora largamente applicata senza che si intravedano sforzi decisivi alla sua risoluzione e neppure una sufficiente sensibilità alla gravità del problema” (CNB, 2015, p. 1).

Oltre a dare accuratamente conto dei riferimenti normativi, più volte richiamati nel nostro report a sostegno del carattere illegittimo della contenzione o comunque di un suo uso indiscriminato e approssimativo, e alla serie di raccomandazioni importanti che a livello internazionale sono state emanate per scoraggiare l'uso della contenzione, il CNB dimostra di essersi documentato accuratamente, prima di esprimere il proprio parere, su come la contenzione sia praticata nelle strutture psichiatriche pubbliche e private e sulle strategie alternative, ispirate ai SPDC *no restraint*.

La descrizione dello stato dei fatti nelle strutture italiane, che il CNB riporta a premessa del suo parere sulla contenzione meccanica e che ricalca i risultati delle poche ricerche a disposizione a livello italiano già riportati nel cap. 2, conferisce al parere espresso dal Comitato un carattere avveduto. Il fondamento del documento prodotto dal CNB, prima ancora che su considerazioni d'ordine etico sugli imprescindibili diritti universali dell'uomo e del malato, poggia sulla conoscenza maturata in ambito nazionale e internazionale sulle modalità di utilizzo della pratica posta come oggetto.

Di questa molteplicità di vedute rende conto, d'altra parte, la lettura dello stesso parere finale espresso dal CNB, che si distingue, anche comparativamente rispetto alle raccomandazioni di altri Organismi regionali o nazionali, per la consapevolezza e il realismo con cui si preoccupa da un lato di auspicare la necessità ferma di superamento della contenzione meccanica, condannando di fatto la violazione dei diritti umani che essa implica, e dall'altro di condannare e contenere il carattere indiscriminato e approssimativo che caratterizza “l'attuale applicazione estensiva della contenzione”:

“In questo quadro il CNB:

- Ribadisce *la necessità del superamento della contenzione*, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili.
- Condanna *l'attuale applicazione estensiva della contenzione*. È vero che la possibilità di usare la contenzione meccanica non è stata mai esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere interpretato come una cautela, rispetto a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Invece, questa “uscita di emergenza” – la si potrebbe definire -, assolutamente eccezionale, che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà, si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario. La tolleranza, concessa in casi estremi per un intervento così lesivo della libertà e dignità della persona, è stata erroneamente interpretata come una licenza al suo ordinario utilizzo.
- Ricorda *a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona*. La consapevolezza di questa violazione, con la responsabilità che ne discende, dovrebbe guidare l'azione quotidiana degli operatori sanitari e costituire uno stimolo alle istituzioni per adottare in maniera impellente tutte le misure possibili per raggiungere l'obiettivo del superamento della contenzione” (CNB, 2015, pp.15-6).

Sulla scorta di questo documento e condensando le posizioni espresse in questa sezione del lavoro, la

contenzione meccanica presenta almeno tre possibili ordini di ragioni di incompatibilità etico-normativa:

- 1) la sua esistenza non è *esplicitamente* normata ed è in conflitto con la Carta costituzionale, con diversi riferimenti normativi e con le raccomandazioni e carte dei diritti emanate da diversi Organismi nazionali e internazionali (cfr. cap. 1);
- 2) dal punto di vista esistenziale, per come è effettivamente praticata nei SPDC, è da più parti documentato che – e anche i nostri intervistati lo confermano – si ricorre abitualmente alla contenzione meccanica per motivazioni che prescindono o che sono molto lontane da una fondata interpretazione dello stato di necessità (nel brano di intervista, prima riportato, il parere esperto di Sangiorgio stima tale incidenza a un 80% dei casi di soggetti contenuti);
- 3) facendo riferimento a come la contenzione meccanica è effettivamente messa in atto, le modalità pratiche che concorrono al suo utilizzo (come la durata e le cure prestate) ricorrentemente configurano forme di abuso che, pur nella variabilità della loro gravità, si aggiungono a quelle del punto precedente, legate all'arbitrarietà nella decisione di ricorrervi.

### **3.4. Strumenti di (non) garanzia: dall'occultamento delle prove alla subalternità del paziente psichiatrico**

Una volta accertata la dubbia compatibilità etico-normativa della contenzione, ci si aspetterebbe che i soggetti che subiscono gli effetti più deleteri di questa pratica abbiano a disposizione degli strumenti di tutela e possano perciò anche rivalersi sul piano legale in caso di abuso.

Rispetto alle tutele in reparto, dalla testimonianza di Di Palma, che è stato frequentemente contattato dalle famiglie o dai degenti stessi in relazione a casi di TSO (Trattamento sanitario obbligatorio), la chiusura dei reparti è menzionata come forte deterrente rispetto alla garanzia dei diritti del malato psichiatrico:

Di Palma: In genere dell'avvocato hanno paura tutti, e questo non mi piace perché io non lo faccio come Don Chisciotte contro i mulini a vento che arriva e libera... cioè, è un problema di discussione. Invece, gli psichiatri non parlano con gli avvocati, gliel'ho anche detto a un convegno, si sono molto risentiti. E... quando arrivi ti fanno parlare, ti ricevono, in genere ti spiegano che cos'è un TSO, è la prima cosa. Ti fanno capire che la tua funzione, te lo dicono addirittura..., che tu non servi a niente perché sono loro i garanti che la legge presuppone a tutela di quel paziente. Quindi, l'avvocato non si capisce che cosa va a fare, perché la tua presenza presuppone che tu stia facendo qualcosa di sbagliato, mentre noi sappiamo quello che dobbiamo fare e come si cura una persona. Poi, insomma, si instaura un certo dialogo, una certa trattativa; recentemente, ho avuto una piccola soddisfazione personale: un responsabile di un reparto psichiatrico mi ha chiamato rispetto al TSO in corso. Il responsabile, con il quale io mi ero scontrato - eh, avevo tirato fuori delle persone da una battaglia anche un po' dura - mi ha chiamato e mi ha detto: "Avvocato mi aiuti lei, perché qui stanno commettendo un errore e io non so come fare".

Da quanto emerso, si ricorre alla contenzione meccanica anche per esigenze di sorveglianza e mantenimento dell'ordine ospedaliero e per controllare il paziente, di modo che le porte chiuse diventano anche possibile strumento per occultare gli abusi agli occhi di coloro, come gli avvocati, potrebbero supportare i processi di tutela legale dei pazienti. L'ipotesi di preintenzionalità nell'occultare il soggetto contenuto lascia peraltro intendere che sussista la consapevolezza da parte dello staff ospedaliero che si sta praticando al degente un trattamento che è ai limiti della legalità e che è deprecabile dal punto di vista etico.

Come riferito dall'avvocato Di Palma, il rischio è che, anche allorquando si operi in perfetta buona fede, la chiusura del reparto agli sguardi esterni, rischi di fare diventare routinaria qualsiasi pratica, anche quelle

che dall'esterno sarebbero immediatamente scoraggiate e considerate deprecabili. Per il personale dei SPDC trovare degli alibi, anche forti, che facciano tacere la propria coscienza, di fronte alla contenzione dei pazienti, diventa, in un certo senso, operazione semplice se non c'è nessuno, dall'esterno, che possa svelare le contraddizioni interne al proprio stile collettivo di pensiero e di lavoro. Il problema che nuovamente emerge è che al controllo assoluto sui pazienti, che nei reparti dei SPDC avviene anche attraverso la videosorveglianza di tutti gli spazi condivisi e più intimi di vita ospedaliera dei degenti psichiatrici, non corrisponde alcun controllo dell'operato del personale sanitario. Questa unidirezionalità dei controlli nei SPDC costituisce un'assoluta anomalia se comparata agli altri tipi di reparto ospedaliero, dove le porte aperte, oltre a una maggiore libertà dei degenti, consentono, anche alle famiglie, di intervenire tempestivamente nel caso di eventuali errori o disservizi, nonché, almeno in linea di principio, di decifrare meglio quali possano essere le responsabilità dello staff medico-infermieristico nel caso di eventi estremi, come il decesso del paziente, o di danni documentabili.

Di Palma: Perché in realtà con il mio lavoro, che quando vado nei centri meno conosciuti e meno noti non nemmeno quanto Basaglia stia in questi centri, vedo delle cose che sinceramente mi lasciano perplesso: una mancanza non soltanto di sensibilità, ma soprattutto la mancanza di controllo fa sì che le persone che operano per anni, anni e anni, senza che nessuno gli chieda mai nulla di quello che fanno, credano di poter fare quello che vogliono. La prima reazione quando arriva l'avvocato è "ma cosa sta facendo qua dentro lei?", come se quella persona non avesse un diritto che in qualche maniera merita attenzione. Ora non voglio dire tutelato, non voglio partire dal concetto che necessariamente ci sia la violazione del diritto, ma l'avvocato si presenti all'interno di un reparto e dice: "voglio visitare tizio che è mio cliente, mi ha chiamato, mi ha telefonato, mi hanno chiamato i parenti"... non te lo fanno vedere, dietro generiche motivazioni, perché addirittura ti guardano come se fossi un alieno perché non hanno quasi mai visto un avvocato all'interno del reparto psichiatrico... "Cosa sta facendo lei qua dentro?" significa che ci troviamo in un contesto in cui si trova una categoria di persone che, pur operando nel miglior modo possibile - non voglio fare un discorso aprioristico - però, se non ci controlliamo l'uno con l'altro, è chiaro che rischiamo di cadere in errori di cui neanche ci accorgiamo. È la democrazia insomma.

Le dichiarazioni di Sangiorgio consolidano l'idea di un occultamento *volontario* della contenzione anche agli occhi dei famigliari che, altrimenti, potrebbero protestare e denunciare, o avere *almeno* la possibilità di riuscire a porre fine alle sofferenze del paziente legato:

*I - Prima una precisazione: e le famiglie? Perché ha parlato dei pazienti e, insomma, del ruolo degli infermieri, ma le famiglie come vivono la contenzione?*

Sangiorgio: Allora, le famiglie in questo processo purtroppo c'entrano pochissimo, per varie ragioni. Una ragione elementare è che vengono tenute fuori da questo discorso. Spesso il paziente viene legato, e viene legato per un tempo breve e allora accade che la famiglia non ne saprà nulla; oppure, viene legato per un tempo medio e probabilmente la famiglia comunque non ne saprà nulla. In questo caso, spesso gli operatori sono molto guardinghi e molto attenti a non consentire che i familiari vengano a sapere, utilizzando quella che è la *normale prassi discrezionale* di far entrare chi vogliono e quindi richiamandosi al fatto che il paziente non può ricevere visite. E così spesso il paziente resta a lungo ricoverato e i familiari vengono tenuti completamente fuori da questo processo. Questo rappresenta uno degli elementi cardine dell'abuso della contenzione, perché è chiaro che se i familiari fossero coinvolti più attivamente in questo processo, il processo stesso della contenzione si sgombrerebbe in un modo impressionante. Tutto questo, però, purtroppo non accade, non accade dappertutto, perché le strutture psichiatriche italiane, ma anche di tutta Europa - per parlare della parte più civile dell'Occidente - sono comunque fortemente guardinghe dall'evitare di essere *messe allo scoperto*.

L'occultamento delle prove si è spinto fino a un limite difficilmente immaginabile, in un caso di estrema di malasanità, come gli stessi giudici processuali hanno riconosciuto, legato al decesso di Giuseppe Casu che, insieme al caso Mastrogiovanni, in questi ultimi anni ha destato l'attenzione dei media e dell'opinione pubblica. Se, in relazione al processo avviato dalla denuncia dei famigliari di Casu, nel marzo del 2015 il

personale medico è stato assolto in secondo grado per mancanza di prove, con tutti i dubbi che una tale sentenza ha recato con sé, da segnalare che un processo parallelo aveva condannato in primo e secondo grado il primario di anatomopatologia dello stesso ospedale e un suo tecnico per aver occultato parti del cadavere di Casu e averle sostituite con quelle di un altro paziente deceduto, salvo poi essere stati assolti in Corte di Cassazione. E mentre Giovanna Del Giudice nel 2015 ha pubblicato un testo sconcertante, che con coraggio rivela tutte le dinamiche che hanno fatto da sfondo a questo processo, i familiari di Giuseppe Casu e il Comitato “*Verità e giustizia per Giuseppe Casu*”, nella convinzione del rapporto di causalità tra la contenzione operata e il decesso, continuano la loro lotta affinché l'accusa di omicidio colposo possa trovare riscontro e affinché l'opinione pubblica possa destare la propria attenzione nei confronti delle pratiche coercitive cui sono sottoposti (alcuni, molti?) pazienti psichiatrici. Con riferimento alla vicenda Mastrogiovanni, la giustizia in questo caso ha condannato tutti i medici nel 2012 in primo grado e nel 2016, con la sentenza del processo d'appello, anche gli infermieri presenti in reparto in quei giorni. Insieme al processo legato al decesso di Giuseppe Casu, il caso Mastrogiovanni è riuscito ad incrinare il silenzio pubblico che avvolge la contenzione psichiatrica, tanto che nel mese di dicembre 2015 è uscito il film di Costanza Quatriglio, dal titolo “*87 Ore*”, trasmesso nei cinema di varie città italiane e sulla rete pubblica Rai3.

Ma cosa avviene quando la consapevolezza di aver subito un abuso si matura dopo le dimissioni?

Toresini ritiene che l'unico modo di arginare o bloccare l'uso della contenzione nei SPDC sia che le persone che la hanno subita inizino a denunciare. In questo senso, intende imprimere la necessità che si faccia “dottrina”, affiancando a casi processuali come quelli di Mastrogiovanni e di Casu altri che non abbiano avuto un epilogo così drammatico, ma che abbiano comunque arrecato una violazione di diritti del malato e un danneggiamento per la salute psico-fisica della persona. Il problema, per Toresini, che impedisce di accertare in via definitiva e formale la illiceità costituzionale e penale della contenzione, è proprio la sostanziale assenza di denunce:

Toresini: Il problema è sempre quello: nessuno denuncia! Che la struttura sia pubblica o che sia privata fanno la contenzione e nessuno denuncia.

*I - Quindi, la soluzione...*

Toresini: cominciare a fare qualche denuncia, però anche sì il problema è chiedere che l'art 605 e 610 cp vengano in tutta la società civile. Si è scandalizzato Ignazio Marino perché si è accorto che si conteneva negli OPG, e perché non ci si deve scandalizzare perché si contiene nei SPDC? Io dico anche che se un detenuto in carcere venisse contenuto (e credo che qualche volta possa anche succedere) credo che se è in carcere sarebbe riconoscibile come reato; laddove il detenuto denunciasse gli agenti di custodia che lo fanno, avrebbero un provvedimento disciplinare, forse penale eccetera, perché è chiaro, bene o male si è all'interno dei diritti costituzionali, sia dentro che fuori...

Rispetto al perché chi subisce le pratiche di contenzione, per motivazioni non plausibili o secondo standard (di durata e di mancanza di assistenza) non conformi alla norma, non ricorra alla tutela legale per denunciare i dirigenti e gli operatori medico-sanitari dei SPDC, il discorso da sviluppare è articolato. Dalle interviste effettuate, emergono diversi ordini di ragioni, che appaiono riconducibili al più generale processo di stigmatizzazione sociale e all'etichettamento (anche in ambito specialistico) del paziente psichiatrico come soggetto “incapace di intendere e di volere”, che in modo circolare giustifica il ricorso alla contenzione e immobilizza la persona a una condizione di impotenza rispetto al trauma subito *anche a posteriori*. Alla paura di subire lo stigma pubblico e al conseguente senso di vergogna, al momento di denunciare, si somma la paura di non essere creduti, in modo per certi versi paragonabile alle remore che le donne hanno di frequente nel denunciare violenze sessuali subite. Nel caso della contenzione, questo tipo di deterrente ha una potenza per certi versi maggiore perché si tratterebbe di denunciare una istituzione medica e pubblica, che detiene una posizione di potere e che destituisce il paziente, in nome di un sapere clinico, del riconoscimento



di qualsiasi facoltà mentale, necessaria ad autodeterminare quali debbano o non debbano essere le cure più adeguate al proprio caso, così come anche a stabilire con sufficiente sicurezza quando i propri diritti siano stati effettivamente violati. Alla mancata credibilità, legata al proprio status di “malato mentale”, si aggiunge l’incredulità pubblica connessa alla incongruenza tra il pre-supposto stato di diritto e lo stato dei fatti denunciati.

Di Palma: Ma probabilmente il fatto che siano reparti chiusi facilita molto l’uso della contenzione e c’è anche da dire che coloro i quali subiscono la contenzione un po’ se ne vergognano e molto gioca il timore di non essere creduti. Anche perché la persona che ha un sintomo di natura psichiatrica non ha alcuna credibilità sociale; inoltre, nel momento in cui dice che ha subito una cosa del genere, il cittadino medio è anche restio a credere che uno possa essere legato al letto, dato che viviamo in un paese libero con i diritti costituzionalmente garantiti, eccetera eccetera. In realtà, non è così: la contenzione avviene quotidianamente nei reparti psichiatrici in relazione al concetto di istituzione.

*I - Quindi, innanzitutto, queste persone nell’intraprendere un percorso giudiziario non hanno alcuna credibilità...*

Di Palma: *Assolutamente nessuna.*

Come spiega Toresini, gli stessi pazienti possono arrivare a interiorizzare a tal punto lo stigma, da pensare che i medici abbiano agito opportunamente, fino a rendere concreta l’eventualità che siano loro stessi a chiedere di essere legati. Precisamente in questa dimensione di autocolpevolizzazione si colloca la testimonianza delle contenzioni ripetute in un OPG vissute da Luca, recentemente riportata da Beppe Dell’Acqua in un suo scritto:

“Luca sembra aver introiettato l’ineluttabilità della contenzione. Ne parla con tristezza, e solo se stimolato a farlo. Mai criticandola come ci si aspetterebbe. Nel corso di tutti questi anni, per sopportare le indicibili offese che venivano portate sulla sua fragile identità e alla sua integrità, ha dovuto accettare la più totale e mortificante sottomissione. Al suo ultimo ingresso nel Servizio psichiatrico dell’OPG di Reggio Emilia si sentiva inquieto, aveva paura di non dormire. Ha chiesto egli stesso di essere legato” (2015, pp. 36-7).

Anche gli esponenti del Terzo settore convalidano la tesi che la contenzione, come anche i trattamenti elettroconvulsivi (tuttora praticati in alcune strutture), sia un potente veicolo per l’interiorizzazione dello stigma. Le immagini sfocate, i ricordi frammentari, che fanno seguito all’utilizzo spesso congiunto della contenzione meccanica con quella farmacologica, acquisiscono necessariamente la sensazione che i trattamenti, esercitati contro la propria volontà, siano stati l’esito di situazioni, spesso non ricordate, che richiedevano l’uso della forza. In questo modo, la sensazione di essersi “meritati” quei trattamenti inducono a introiettare ancora di più l’immagine di sé come persona socialmente pericolosa, ad avvertire un forte senso di vergogna e ad attivare i conseguenti tentativi di rimozione. Se tentare di rimuovere significa negare, ci si sposta in una posizione di desiderio d’oblio, oltremodo lontano da qualsiasi ipotesi di denuncia e di conseguente iter processuale. E intanto la coscienza collettiva, a sua volta, continua ad essere autorizzata a tacere e a presumere che se l’istituzione ospedaliera ha agito in un certo modo è perché le situazioni che ha dovuto fronteggiare hanno reso inevitabile (e quindi giusto) il ricorso alle pratiche coercitive:

Vittoriano: ma va fatta una proiezione. La contenzione meccanica, parallelamente all’elettroshock, induce una rappresentazione di sé tale per cui la gente non ne parla. Siamo tornati indietro nel tempo in cui una certa condizione sanitaria produce una condizione di vergogna. Che se non si contrasta, nei “normali” sviluppa un “tanto è sempre stato così”, e dall’altra parte “se mi è capitato quello vuol dire che sono proprio matto”, allora è meglio se sto zitto. È un meccanismo dell’istituzione totale, e a seconda di com’è la struttura della società se ne parla o non se ne parla, qualcuno timidamente magari te lo dice e ti dice, “ma forse è stato meglio”, e poi cambia subito discorso.

Di rimando, anche le famiglie riescono a porre in questione l’autorevolezza dei medici solo a seguito di situazioni estreme, come il decesso del proprio caro, visto che quando si approda al ricovero in SPDC di

una persona, genitori e congiunti sono in un tale stato di prostrazione da aver bisogno di credere che in una istituzione ospedaliera troveranno le risposte più opportune, perché specialistiche e competenti, rispetto a un disagio che loro non sono riuscite a fronteggiare autonomamente o avvalendosi di altri canali:

Di Palma: Quando è finito il primo grado del processo di Mastrogiovanni la sorella di Francesco, Caterina, ha detto: “Quando una persona viene affidata nelle mani dello stato non è pensabile che possa essere trattata così”. È l'*istituzione negata*. Vediamo che questo problema, vecchio di decine di anni se non di secoli, è ancora oggi così.

Tra i tanti fattori ostativi alla denuncia occorre citare in posizione prioritaria il fatto che talvolta nelle cartelle cliniche episodi, soprattutto se eclatanti, di contenzione non siano riportati e, anche laddove riportati, spesso non si specificano fedelmente e accuratamente né i “moventi” né le modalità con cui la contenzione è stata espletata. Si tratta di un'evidenza che Di Fiandra, a fronte del suo ruolo ministeriale, non ha smentito, nel momento in cui le facciamo presenti i riscontri che abbiamo raccolto su pazienti psichiatrici nel corso della nostra ricerca. Come argomenta la stessa dirigente del ministero della Salute, l'omissione è in ipotesi legata a quei casi di contenzione (meccanica o farmacologica) che altrimenti risulterebbero in aperto contrasto con la normativa vigente in materia di trattamenti sanitari. Come argomenta, si tratta di un occultamento di prove che, per ragioni legate all'evitamento di attriti e conflitti interni, trova la complicità del DSM, che invece sarebbe chiamato a controllare oltre ad affrontare – ma questo lo presumiamo noi – il discredito pubblico che deriverebbe se l'abuso uscisse allo scoperto:

Di Fiandra: Noi, nell'ambito del discorso dei trattamenti senza consenso – la contenzione è un trattamento senza consenso - abbiamo la disciplina degli articoli 33, 34, 35 della 833. Perché in realtà la 180 è incorporata nella 833, che riforma l'intero Sistema Sanitario Nazionale. Quindi, ogni cosa che viene fatta fuori da quella disciplina è illegittima o illegale, di conseguenza andrebbe perseguita. È per questo che io qualche dubbio sulla attendibilità e la registrazione di ogni evento di contenzione, soprattutto quella farmacologica.

*I - Sappiamo di casi in cui non si trova registrato neanche in cartella clinica...*

Di Fiandra. Per quello! Se non si trova registrato neanche in cartella clinica non è registrato da nessun'altra parte, temo. Perché qualunque tipo di intervento va nella cartella clinica, *in primis*, perché serve a monitorare l'andamento di tutte le prestazioni effettuate a favore di una persona. Quindi quello, e per questo il controllo sulla cartella clinica, la completezza delle informazioni, non potrà mai arrivare al livello del Ministero. È un livello di competenza del capo del Dipartimento [DSM], ma in genere il capo del Dipartimento non è che si mette contro il suo medico individuale, cioè come individuo. Tende – immagino, a difendere l'immagine del Dipartimento, quindi il controllo lì lo può effettuare o la direzione generale di Asl o anche la Regione. Perché loro sono responsabili, sono loro che affidano i compiti al direttore di azienda, che poi nomina i direttori di dipartimento o li assume per concorso. Quindi, la catena di controllo effettivo si ferma alla Regione. Noi possiamo intervenire, per esempio, se si segnalano eventi eclatanti rispetto ai quali si può attivare il meccanismo dell'ispezione. Ma normalmente noi ci dobbiamo fidare di come viene scritto.

Anche di Palma ha qualche dubbio in merito all'attendibilità delle informazioni riportate in cartella clinica e segnala per di più la difficile accessibilità ai dati sui trattamenti più generali, nonché sugli episodi di contenzione subiti operati e riportati in appositi registri nei SPDC. Lo stesso accesso alle cartelle cliniche non è operazione semplice, come accertato anche nel corso di testimonianze da noi raccolte di soggetti contenuti in SPDC:

*I - Le è capitato di trovare pazienti che riuscissero a reperire in autonomia informazioni sul loro stato? Nel senso: sono accessibili le cartelle cliniche, gli danno tutta la documentazione se richiesta?*

Di Palma: Li fanno patire. Li danno perché glieli devono dare per legge, non si discute, però li fanno patire.

*I - E quanto sono...*

Di Palma: A volte alcuni le hanno ottenute col mio intervento.

*I - E poi queste cartelle cliniche, questi sistemi di registrazione ecc., quanto sono... affidabili?*

Di Palma: Eh, non saprei dirle, è difficile dirlo. Molto difficile. Pensate che nel caso Mastrogiovanni neanche era segnata la contenzione...

*I - E questi registri delle contenzioni sono ugualmente una cosa rara?*

Di Palma: Il registro di contenzione non hai diritto ad averlo, hai diritto alla cartella clinica. Il registro di contenzione deve stare all'interno del reparto.

Con una posizione niente affatto secondaria come deterrente alle denunce, si pone la carenza di legali specializzati in questo ambito e che siano quindi disposti a prendere in carico casi di questo genere.

Una delle ragioni, di natura materiale, per cui esistano pochi legali in questo campo, è rivelata da Di Palma verso la fine dell'intervista:

*I - Gli avvocati potrebbero avere un ruolo in questo? Nel senso: secondo lei ci sono avvocati sensibili che potrebbero essere coinvolti in questa battaglia, chiamiamola così?*

Di Palma: Sì, sicuramente sì. L'avvocato per posizione ha una sensibilità rispetto alla mancanza di tutela dei diritti, in generale del cittadino. Ehm... qui c'è un aspetto molto particolare, ossia che è un settore poco redditizio, ma veramente poco poco, perché vengono delle persone disperate, quelle che vengono, perché veramente cioè io parlo con gente che ti dice: "No, ma io ho dei soldi, 150 €". Quelli sono i soldi su cui loro possono contare, che gli servono pure per mangiare, no? Ce n'è, mi è capitato di andare in Toscana, a incontrare una signora spagnola che aveva dei problemi, ecc... e io le ho dovuto offrire la pizza perché non mangiava da qualche giorno. Queste sono le cose che succedono. Eh, forse a voi sembrerà strano, però è così.

Una ragione ancor più decisiva è che l'iter processuale tortuoso e doloroso, e per di più dagli esiti giudiziari molto incerti, in cui sarebbe coinvolta una persona che dopo aver vissuto la contenzione decidesse di querelare il personale medico-ospedaliero, fa sì che le denunce si riducano a pochi casi clamorosi, come quelle – affidate ai famigliari - relative ai decessi di Giuseppe Casu e di Francesco Mastrogiovanni:

*I - Per quello che lei sa e che conosce, in che percentuale le denunce a livello nazionale per trattamenti coercitivi da parte dei pazienti o dei loro familiari sono andati o vanno a buon fine?*

Di Palma: Poche. Il caso Mastrogiovanni è stato un caso rarissimo, in cui sono stati condannati gli psichiatri.

*I - Di solito cosa succede?*

Di Palma: Anzitutto, vengono denunciati, da quanto vedo io, solo i casi eclatanti. Come uso dire, ci deve stare il morto, mentre quello che conta è la quotidianità, è la gente che viene legata tutti i santi giorni nei reparti psichiatrici.

*I - Diciamo è un fenomeno diffuso, sommerso e illegale?*

Di Palma: Assolutamente sì.

*I - Una volta che il caso sale alle cronache giudiziarie, cosa succede di solito?*

Di Palma: Anzitutto, deve essere un caso dalle conseguenze rarissime, ci deve essere la morte del paziente o similare.

*I - Ma a lei sono capitate denunce per casi meno gravi?*

Di Palma: Assolutamente no, penalmente non le facciamo proprio le denunce per una persona legata cinque o sei ore perché so bene che è *inutile*, non serve ed espongo il paziente a una devastante azione giudiziaria perché la prima cosa che si fa è una perizia psichiatrica per vedere se è matto. Ma che importanza ha? Anche se è matto tu non lo puoi legare! E voi mi trovate uno psichiatra nominato dal giudice che dica che quella persona a cui è stata diagnosticata la schizofrenia non è matto, non è schizofrenico? E dove lo trovo io?

Il problema che emerge è che la diagnosi funziona in modo continuativo, mantenendo il proprio potere screditante anche in sede processuale, e quindi come legittimazione a posteriori delle pratiche coercitive, a prescindere dal fatto che un legale dimostri il mancato rispetto dei presupposti di legge. Una volta annullata la credibilità delle dichiarazioni del soggetto che denuncia e di fronte all'autorevolezza della diagnosi dello psichiatra che ha disposto quelle pratiche. Ed è forse questa la ragione più importante della carenza di legali specializzati in questo settore giudiziario, oltre che a giustificazione del numero esiguo di assistiti.

Di Palma: La cosa più grave secondo me è un'altra, cioè questa: quando noi andiamo davanti a un tribunale la funzione decisionale è solo del giudice del tribunale. Se il condizionamento che subisce anche il giudice è di tale portata ed è di tale peso che alla fine non fa che ricalcare quello che ha detto lo psichiatra, viene meno la funzione decisionale. Eh, e il giudice (però) non può mai perdere questo suo ruolo *super partes*. Però io poi nella pratica devo dire che vedo che, ripeto, basta dire, ehm..., "delirante", "lucida follia". Allora questo però significa delegare la decisione, se fare o non fare una cosa, allo psichiatra (...). Il problema è che viene superato anche l'aspetto di illegittimità procedurale. Cioè, se io ti dimostro che non sono stati rispettati i tre presupposti di legge, indipendentemente dalla presenza o no della malattia psichiatrica, il giudice lo deve dichiarare illegittimo. Lo dovrebbe dichiarare illegittimo. Invece se lo psichiatra gli conferma: "Lui è schizofrenico. Cioè, è vero, non gli ho dato le misure sanitarie ospedaliere perché non sapevo che dargli...". Quello sempre schizofrenico è!

I - E certo...

Di Palma: "Sempre il TSO gli devo fa'...". Ma non è questo il tema. Però, di fronte alla malattia psichiatrica insomma queste cose vengono bypassate.

Alla luce di questo scenario, torna nuovamente alla nostra memoria, e anche in quella dell'avvocato Di Palma, il testo emblematico, *L'istituzione negata*, in cui Basaglia (1968) raccolse materiale evidenziale, affinché, svelando le contraddizioni sistemiche dell'istituzione manicomiale, si rendesse possibile un'opera di riforma.

Di Palma: Non ci dimentichiamo che Basaglia, ma non solo lui, scrisse un testo con la moglie e altri psichiatri che facevano parte di quel pool che a Gorizia si occupò del discorso dei manicomi, *L'istituzione negata*. Cioè lui si è interrogato sul fatto che quell'istituzione per cui ti aspetti che ti tuteli, ti aspetti garanzie in realtà è la negazione di se stessa quando si comporta in questo modo.

### **3.4.1. Fattori di rischio: cosa incentiva il ricorso alla contenzione nei SPDC?**

Nel capitolo precedente, sono stati ricostruiti i risultati più significativi delle ricerche condotte a livello nazionale e internazionale circa i fattori di rischio che possono incentivare il ricorso alla contenzione meccanica e che, senza bisogno di ripercorrerli singolarmente, gli stessi intervistati hanno richiamato come significativi, corroborando ulteriormente la scientificità di questi riscontri empirici.

Ciò che dalle ricerche, soprattutto in quelle quantitative, resta necessariamente in ombra, nella spiegazione della variabilità con cui nelle diverse strutture si pratica la contenzione meccanica, è il coacervo di fattori che rimandano alla cultura di reparto e alle dinamiche relazionali tra i diversi attori sociali coinvolti che, all'interno dei SPDC detengono un ruolo di rilievo.

Dalle interviste ad esperti, intanto emerge che la distanza e astenia relazionale che caratterizza il clima di molti dei reparti SPDC - e che raggiunge i massimi livelli nei casi in cui infermieri e medici siano in *burnout* - assume, in ipotesi, un ascendente molto forte nell'incentivare il ricorso alla contenzione. Il potere di questi elementi psico-relazionali è dilatato indefinitamente dalla constatazione che chi è in una posizione di vulnerabilità psicologica generalmente vive una sensazione di dilatazione della propria sensibilità nei confronti degli stimoli esterni, al punto da alterarne o amplificarne, più o meno significativamente, il contenuto di senso ordinariamente interpretato o che, comunque, nelle intenzioni della loro fonte si voleva trasmettere. Per questo, come ci racconta il consulente regionale Corbascio, anche un'accoglienza fredda, che comunemente in un reparto ospedaliero di altro tipo potrebbe generare vari ordini di reazioni (auto) contenute, può verosimilmente generare uno stato di agitazione o aggressività anche acuto nel paziente psichiatrico. La conseguente disposizione medica della contenzione meccanica, per far fronte a questo stato emotivo reputato ingestibile, può, a sua volta, incentivare nel paziente la sensazione (legittima) di essere "prigionieri" in un luogo particolarmente ostile. In funzione di questa immagine riflessa negativa dello spazio sociale, nonché del senso di ingiustizia per essere stati legati con la forza e contro la propria volontà (appena entrati o anche dopo), il rischio è che si generino nuove reazioni sempre più aggressive. La spirale che in modo autopoietico può alimentare l'aggressività e la confusione del paziente a quel punto si sospende solo con le dimissioni (provvisorie o definitive) dal reparto e con la connessa restituzione del paziente ai propri familiari (sempre che li abbia) o agli altri servizi territoriali (sempre che vi sia un pregresso inserimento), in uno stato probabilmente peggiore rispetto al momento del ricovero.

*I - Possiamo dire allora che la contenzione nei SPDC è una questione di cultura ma anche molto di leadership?*

Corbascio: Secondo me molto, è legata a chi c'è. E ad alcune modalità. A me è successo anni fa al Mauriziano, ho passato due ore con un ragazzino a convincerlo a ricoverarsi senza fare un TSO, e arrivato in reparto c'è stata la presa di coscienza di quello che stava succedendo, consapevolezza che avviene una volta in reparto, non in Pronto, e lui ha reagito, ed è stato bloccato, contenuto. Ma quella sua reazione fu dovuta a come era stato accolto in reparto, punto, ne sono sicura. Perché nessuno ti saluta quando arrivi, non salutano nemmeno me! È tutto così, con i pazienti, e quando l'impatto è così e al tempo stesso l'adesione del paziente al ricovero è debole, va a finire che il ragazzino spacca tutto. Quindi gli episodi di violenza o di supposta violenza sono spesso innescati dall'impatto di alcune modalità. Supposta violenza, perché poi negli ultimi anni c'è tutta questa partita del rischio, c'è una struttura complessa apposta sui rischi, si producono riunioni, carte, procedure, moduli... poi è giusto, c'è anche una psichiatra che è morta aggredita, trenta coltellate, e non è l'unica, quindi servono anche le precauzioni, però... Comunque *la contenzione viene evocata dai comportamenti di alcuni operatori.*

La *disponibilità di tempo*, insieme all'*umanità del personale*, risultano in questo senso due deterrenti importanti rispetto al ricorso alla contenzione e alla stessa creazione dello stato di crisi acuta che ne costituisce la giustificazione formale.

Giacopini: Come dicevo prima, sul piano territoriale, il tempo che si dedica al paziente critico nel contesto in cui lo si vede star male e l'intelligenza e l'esperienza che si mette nella gestione di questo paziente, fanno assolutamente la differenza sull'arrivo in ospedale, eventuale, perché poi a volte la gestione è territoriale e non necessariamente comporta l'ospedalizzazione, anzi. Però è una questione di esperienza e di umanità, perché poi c'è chi ce l'ha e chi non ce l'ha, e di grande disponibilità di tempo. Un servizio organizzato sul "sono le quattro e mezza e devo andarmene", magari perché ho il mio studio privato che mi aspetta, è molto ...

*I - Questo aspetto del poco tempo dedicato dalle persone che frequentano i centri è molto sottolineato, l'idea è che si va lì, si conferma una prescrizione e...*

Giacopini: Mi viene in mente un aneddoto. Un pomeriggio verso le due arrivò in reparto un paziente nordafricano aggressivo, arrivò contenuto dalla polizia, passato dal pronto soccorso, il medico di turno lo ha fatto arrivare contenuto in reparto, è rimasto contenuto per circa un'ora e poi, con l'approccio di chi crede nella psichiatria di un certo tipo, è stato anche scontento. E c'era da parte mia la percezione netta che la

[cessata] contenzione e il farmaco che il paziente ha poi accettato di prendere fossero i due elementi vincenti, che insieme avevano fatto accettare al paziente il ricovero in reparto. Stavo per uscire dal reparto e una collega mi disse: “sia chiaro che io con quel paziente non contenuto, io qui non ci sto”. Al di là dell’irritazione che uno può provare a sentire questo discorso... io avevo qual giorno la possibilità di stare più a lungo in reparto, potevo non averla, e sono rimasto a piantonare questa situazione fino alle otto di sera. Quel giorno a quel paziente è andata bene così.

A fronte dei fattori di rischio emersi nel corso delle interviste e del capitolo precedente, occorre considerare come il ricorso alla contenzione, così come delle altre misure coercitive, trovi la più considerevole giustificazione in un principio pragmatista, che è quello della economizzazione dello sforzo, che avrà un ascendente tanto maggiore quanto più carenti saranno le risorse a tutti i livelli (strutturali, risorse umane, formazione, etc.).

Come scrive Pullia, alla luce della sua esperienza in qualità di Dirigente di diversi SPDC veneti:

“La soluzione più facile (nei SPDC) è quella di limitarsi ad una funzione di controllo dei sintomi e dei comportamenti disturbanti ad essi correlati ricorrendo ad una contenzione fisica e farmacologica riproducendo, di fatto, i meccanismi di tipo manicomiale ed ostacolando di realizzare una psichiatria realmente attenta ai bisogni e alle sofferenze del paziente e rispettosa dei diritti della persona.

È molto più facile legare il paziente piuttosto che utilizzare strategie di contenimento basate sulla relazione e tecniche non violente di intervento sulla crisi. La gestione di un paziente aggressivo senza strumenti di contenzione fisica è più complessa, ma è l’unico modo per stabilire una *compliance* sulla quale innestare la nascita di un processo terapeutico. È molto più facile chiudere le porte di un SPDC che convincere il paziente a non fuggire, è molto più facile prorogare un TSO piuttosto che farlo accettare volontariamente al paziente. Infine è molto più facile autorizzare una terapia elettroconvulsivante piuttosto che convincere i familiari sulla sua inutilità e sulla sua dannosità” (in Attenasio e Di Gennaro, a c. di., 2012).

Se si considera il sistema di sorveglianza, che nei reparti è assicurato da telecamere posizionate in tutte le stanze e negli ambienti comuni, nonché la funzione latente punitiva che la contenzione spesso riveste, il richiamo al *Panopticon*, che Foucault (1977) descrive in *Sorvegliare e punire*, è immediato.

Interessante, nell’esperienza di chi - pur essendo contrario alla contenzione e pur avendo rivestito una posizione dirigenziale in un SPDC - narra di come spesso la contenzione “appaia” ineluttabile nei casi in cui il ricovero ospedaliero obbligatorio (TSO) avvenga secondo modalità che trasmettono l’immagine di un individuo pericoloso e questa rappresentazione riflessa si cristallizzi nella mente del personale per concretizzarsi poi in una serie di pratiche da riservare a chi è considerato “mal tollerato”:

*I: Essendo propenso a considerare la contenzione meccanica una extrema ratio, quali sono stati i fattori che l’hanno costretta, a questo punto, a ricorrervi?*

Giacopini: Innanzitutto, la violenza esercitata sul paziente in arrivo al pronto soccorso dell’ospedale. Il paziente che arriva in ospedale, accompagnato dalla polizia ammanettato, è un paziente mal tollerato dal pronto soccorso. Il pronto soccorso è abituato a una certa contenzione fisica [meccanica] quando c’è un tossicodipendente agitato o un anziano che si toglie la flebo, al di fuori di questa routine del pronto soccorso, l’arrivo del paziente urlante, ammanettato, con le sirene, la polizia... è una situazione in cui tu come psichiatra devi fare i conti con i carabinieri che hanno molta fretta di andarsene via, con il fatto che quasi sempre non ti arrivano gli elementi conoscitivi per iniziare col paziente una relazione che sia una relazione sul piano *umano*, della serie tu sei qui, io so perché sei qui, io sono il medico che adesso ti accompagna in reparto e vediamo quale soluzione riusciamo a trovare rispetto alla tua aggressività. Il contesto del pronto soccorso che dice allo psichiatra – mediamente non sempre ma spesso – il più in fretta possibile, questo paziente deve andare in reparto perché qui disturba... la scelta di scontentare in pronto soccorso un paziente di quel tipo è una scelta che io qualche volta ho fatto ma rischiando io, mi è andata bene qualche volta, qualche volta meno,

qualche volta invece mi son trovato nelle condizioni di non poter scontentare il paziente, e di doverlo portare in reparto contenuto. Io penso, dalla mia esperienza, che se si riuscisse a gestire il momento cruciale del TSO in pronto soccorso con la capacità dello staff del pronto soccorso di collaborare con la psichiatria, cosa che passa solo attraverso anni e anni di formazione reciproca, io dopo sei anni di Mauriziano, avendo accettato di fare formazione per i colleghi di ospedale, si è creata una dimensione che ci ha poi molto favoriti, c'era la possibilità che il paziente agitato finisse di essere tale già in pronto soccorso e lo si potesse scontentare. È chiaro che un paziente agitato lo scontenti e poi lo contieni con i farmaci, non ci sono grosse alternative, ma poi se un paziente è più tranquillo e arriva in reparto così, in reparto inizia il suo percorso in modo molto, molto diverso dal paziente che arriva ammanettato e contenuto.

Dalla stessa intervista apprendiamo quanto già emerso dall'analisi della letteratura nel capitolo precedente, ossia il carattere parziale di qualsiasi analisi riconduca il ricorso alla contenzione a indicatori quantitativi, come ad esempio la numerosità del personale. Giacopini sottolinea come, nella sua esperienza, siano, semmai, le specifiche *qualità* del dirigente sanitario e del personale infermieristico, anche niente affatto riconducibili al profilo formativo quanto piuttosto al fattore umano, a costituire un potente deterrente al ricorso alla contenzione:

*I - E una volta in reparto cosa succede?*

Giacopini: Una volta in reparto, una cosa che io ho imparato è che la collaborazione con l'agente o gli agenti della polizia presenti in pronto soccorso è fondamentale. Curare questo aspetto avendo un atteggiamento di trasmettere informazioni e persino un po' di formazione all'agente ti permette di entrare in pronto soccorso con un agente capace di dare sicurezza al personale del reparto, dà sicurezza al medico che sta ricoverando il paziente e dice al paziente "ti saluto" e al medico e agli infermieri "se c'è bisogno di me chiamatemi" e questo dà sicurezza e si lavora meglio. Sono queste le condizioni grazie alle quali spesso abbiamo scontentato in pronto soccorso e scontentato in reparto. L'altro fattore è la presenza di personale per quanto riguarda il numero, che è un problema non al 100%, io non penso che la contenzione sia sempre il risultato di ... c'erano troppo pochi infermieri per gestire diversamente, penso che c'entri soprattutto la qualità, più del numero. Io ho collaborato benissimo in ospedale psichiatrico con infermieri che non avevano alcun tipo di formazione infermieristica, arrivavano dalla Val di Susa, assunti in quanto robusti... E quando questi infermieri assunti in quanto robusti, di formazione contadina, si appassionavano alla psichiatria, con loro non c'è mai stato bisogno di contenere nessuno. Le sto dicendo una cosa grossa...

Per quanto gli elementi quantitativi siano da più parti considerati fattori causali deboli, è singolare come, nei casi Mastrogiovanni e Casu, gli elementi giustificativi della prolungata contenzione invocati dal personale medico-infermieristico, talvolta anche in sede processuale, facciano prevalentemente capo a fattori socio-organizzativi come il sovraffollamento del reparto e/o la carenza di personale. Durante le udienze del processo di primo grado, il medico di guardia dell'SPDC cagliaritano, in cui fu ricoverato e trovò la morte Giuseppe Casu, dichiarò che: "la pratica della contenzione fisica anche oltre le 48 ore era frequente in quel reparto, che presentava dei problemi legati al sovraffollamento. Eravamo costantemente sotto organico dal punto di vista del personale infermieristico (...) la mancanza di personale per noi è una costante". Come sottolineato da Toresini, intanto, è precisamente da sottolineare che il sovraffollamento in strutture psichiatriche, per come esplicitamente sancito attraverso la legge 180, non dovrebbe presentarsi e sarebbe, a sua volta, sanzionabile. Soprattutto, quello che emerge complessivamente dalle interviste è che in un SPDC elementi come la carenza di personale o il sovraffollamento aumentano sensibilmente la probabilità di incorrere nella contenzione *solo* se accompagnati da una cultura di reparto incline a risolvere i problemi con la forza e la coercizione a danno dei pazienti. In tal caso, gli stessi elementi concorreranno ad un uso indiscriminato della contenzione e a un abuso rispetto alle buone prassi regolative (ricorso in caso di estrema necessità, di durata breve e con controlli a priori e continuativi sullo stato di salute del paziente).

È d'obbligo precisare, a questo riguardo, che assumere l'incidenza della contenzione come indicatore del malfunzionamento del servizio non significa affatto legittimare che le carenze strutturali, umane e formative

di un reparto possano costituire “alibi” a giustificazione del suo ricorso o del suo uso indiscriminato, come nella cultura di reparto spesso si tende ad argomentare. Come si avrà modo di appurare più avanti, se proprio si volesse invocare lo stato di necessità, i moventi a giustificazione della contenzione dovrebbero essere di ben altra natura e rilievo, di modo che, semmai, le disfunzioni di reparto andrebbero normativamente interpretate come aggravanti piuttosto che attenuanti rispetto all’uso indiscriminato e abusivo della contenzione.

Alle interpretazioni emerse in questa direzione durante le nostre interviste agli esperti, si unisce il giudizio espresso dal giurista Giandomenico Dodaro, in uno dei suoi ultimi scritti sulla contenzione:

“Immaginiamo, a esempio, un reparto che ha sempre praticato la contenzione e in cui gli operatori non siano preparati a rivedere le proprie pratiche, essendo alte le resistenze a modificare assetto e distanza della relazione terapeutica e a giocare elementi più empatici e familiari, in ultima analisi a ridefinire il paradigma sul quale si è costruita la propria professionalità; o un reparto sovraffollato con équipe sotto organico e pensate su livelli minimi di assistenza sanitaria e relazionale, con una inadeguata turnazione nella giornata tra medici e infermieri, con personale non formato a tecniche di gestione del paziente aggressivo o agitato, e in cui sia povera l’offerta socio-riabilitativa. All’interno di servizi che oppongono così forte resistenze umane, culturali o scientifiche all’abbandono di pratiche neo-manicomiali, o caratterizzati da rilevanti problemi organizzativi, dove quindi le pratiche assistenziali rendono probabile e prevedibile il verificarsi dell’emergenza, appare assai problematica la configurabilità di uno stato di necessità in grado di giustificare la contenzione meccanica del paziente proprio per la possibilità, da accertare nel caso concreto, di rimproverare al personale sanitario a titolo di colpa il verificarsi della situazione di pericolo” (2015, pp. 330-1).

La voce autorevole di Sangiorgio, nella sua duplice veste di Dirigente di DSM e ricercatore sul tema, consente di rilanciare l’elemento, legato alla selezione e formazione del personale, anche qui intesa come *know how* legato più al saper essere che al saper fare. Dal suo punto di vista, il problema maggiore, che incentiva il ricorso alla contenzione, risiederebbe nella impreparazione e nello stress del personale infermieristico che, a differenza di quello medico – che generalmente si limita a un contatto circoscritto alle visite giornaliere e a colloqui (sporadici) – opera un lavoro di assistenza diretta e continuativa, gestisce operativamente la messa in atto della contenzione e *dovrebbe* – il condizionale è d’obbligo - vigilare sullo stato di salute del degente contenuto. Il personale infermieristico viene, in questo senso, significativamente descritto da Sangiorgio come “il braccio armato della contenzione”:

Sangiorgio: Allora, la maggior parte dei pazienti psichiatrici, e non solo, sono soggetti fortemente traumatizzati, nel senso... sono soggetti che hanno subito abusi nella loro infanzia, che hanno vissuto delle esperienze di maltrattamento, che hanno avuto esperienze fallimentari... Il paziente psichiatrico si presenta già nelle sue prime, diciamo, manifestazioni esteriori, come una persona fortemente traumatizzata. Questa persona fortemente traumatizzata, nel momento in cui incontra i servizi psichiatrici, avrebbe bisogno di un contesto in cui fosse, come dire, compreso nei suoi aspetti traumatici. Lungi che questo accada, accade invece proprio il processo contrario, quello che è stato chiamato il processo parallelo. Spesso nell’ambito delle strutture psichiatriche, si incontrano persone che non solo non hanno questa percezione, competenza, conoscenza, ma sono persone altrettanto stressate. Quando parlo del fatto che queste strutture sono strutture organizzative stressate e ad alto rischio di abuso, non lo dico sulla base di una cattiveria degli operatori, ma sul fatto che manca a quegli operatori una consapevolezza culturale, e manca soprattutto agli infermieri. Perché non è un caso che il braccio armato della contenzione sia quello degli infermieri. Sono loro che spesso per esempio, non dico producono la contenzione, perché quello è un atto, quasi sempre, come dicevo prima, condiviso anche se lo spunto viene da parte loro, ma mantenere, spesso, un paziente per soltanto pochi giorni oppure per dieci giorni spesso dipende dalla volontà, o per meglio dire, dalla paura, dall’angoscia, dallo stress che chi vive con quel paziente ha rispetto all’esistenza alienata che non riesce, in qualche modo, a capire. E che vive come riflesso anche dei propri traumi. Perché sia per una sollevazione naturale, nei reparti psichiatrici dovrebbero mandare delle persone che hanno un alto livello di *self control*, una forte consapevolezza di sé, una fortissima autostima, una capacità di elaborare il lutto e le frustrazioni. Nei reparti psichiatrici finiscono invece *a caso* persone spesso incompetenti, spesso potenzialmente criminali, *che vanno in quelle situazioni proprio perché*



*sanno che lì potranno esercitare un potere assoluto senza che si eserciti alcun controllo.*

*I - Questo soprattutto nel personale infermieristico ...*

Sangiorgio: Certo. L'esperienza di Mastrogiovanni a mio avviso è emblematica. Mastrogiovanni è morto non tanto per la contenzione, ma è morto per l'indifferenza, il disinteresse, l'odio, come dire, nascosto dietro la passiva acquiescenza degli infermieri che... voglio dire, un infermiere sta in una struttura non per prescrivere farmaci, né per fare diagnosi, né per fare... ma assistere. Cioè, è la sua mission. Ora, una persona che resta dieci giorni e che viene, come dire, lentamente portata alla morte, cioè non viene deliberatamente assistita. Questo richiama fortemente sul fatto che le condizioni di vita di queste strutture, spesso condizioni alienate, alienate nel senso di una perdita di consapevolezza dell'esistenza di un altro, *fino a considerarlo insignificante, privo di storia, privo di una vita stessa.*

La *disumanizzazione del paziente acuto* torna così a figurare in filigrana come l'elemento propulsivo, ad un livello emotivo-ideologico, della contenzione e dei suoi effetti deleteri, mentre il quadro delle responsabilità pragmatiche della sua messa in atto appaiono divise tra chi la dispone, tra chi la esegue e, come si avrà modo, di documentare nel prossimo paragrafo, non si può non includere tra le principali determinanti l'inefficacia e inefficienza dei servizi territoriali che complessivamente compongono i Dipartimenti di Salute Mentale. E con questi ultimi le responsabilità si ampliano fino a coinvolgere le figure dirigenziali e detentrici del potere, che sarebbero chiamate a far funzionare in modo efficiente ed efficace i servizi territoriali.

Le dichiarazioni rilasciate dalla consulente della Regione Piemonte tratteggiano i contorni di una *forza di inerzia* estremamente pervasiva che fa sì che il modello presente nei SPDC si riproduca, senza che ci si ponga domande sull'alto tasso di recidività, senza che ci si chieda quale effetto riabilitativo possa avere rinchiudere in un reparto persone sofferenti psichicamente e limitarsi a lasciarle fumare "in libertà", senza che si prospettino momenti di espressività autentica e di confronto guidato con gli altri pazienti e con personale specializzato:

*I - Ma a parte la questione della contenzione qual è la critica che lei fa ai SPDC?*

Corbascio: È una questione di modello, anche i più bravi dicono che quello è per la crisi – Giacopini non la pensa così e io ho lavorato con lui – e la degenza media oggi è di 11,5 giorni, e quindi c'è chi sta un mese e chi sta due giorni. Ad Asti, ho i dati di oggi, 300 sono i pazienti che son stati ricoverati in un anno, di questi 70, quindi circa il 25%, vengono ripetuti, e detto brutalmente questo vuol dire che questi SPDC non danno una risposta esauriente alla domanda di cura del paziente psichiatrico. Poi loro ti dicono, "ma all'SPDC non spetta organizzare delle attività", ma [i degenti] stanno lì e l'unica cosa che fanno è fumare! E ancora, "grazie che c'è la stanza del fumo, perché se no spaccano tutto"... quindi, magari anche solo intrattenimento, ma qualcosa dovresti fare. Poi gli psicologi non ci sono, e secondo me dovrebbero esserci, si tratta di una stupidità di cui c'è da vergognarsi. I colloqui con i medici sono ridotti al minimo, fanno il giro col camice, fanno il giro come in medicina....

Non da ultimo, nella decisione di legare o non legare i pazienti gioca un ruolo di primissimo rilievo la *volontà* del Dirigente sanitario. È quanto suggestivamente e in positivo traspare dal racconto di Toresini, in relazione alla propria presa di servizio all'SPDC di Merano:

Toresini: Il primo caso fu un ex vecchio nazista che si era rifugiato... c'era tutta una colonia intorno a Merano, un signore di più di ottant'anni, che insomma si sentiva vecchio; coerentemente con la sua *Weltanschauung*, aveva deciso di togliersi la vita, si era sparato un colpo di pistola, aveva sbagliato il colpo, era diventato un demente – sopravvissuto, no? - e quindi aveva problemi di equilibrio, cadeva, eccetera. Dopo la rianimazione, dicono: "Oh che bello, c'è il reparto di psichiatria". La psichiatria non ci azzecava, ciononostante lo mandano in psichiatria e i bravi, nuovi infermieri poi lo legano la notte. E la mattina dico – io qui mi gioco il tutto e per tutto - e dico: "No, questo non si può legare" (...) Al che, i medici mi dicono: "E allora cosa facciamo?". Gli spiego: "Si sta con lui, si sta vicino, si mettono... se c'è bisogno un materasso per terra; non si può cadere da un materasso che sta per terra, si mettono due letti vicini, si trovano degli espedienti per far sì di non legare

nessuno... però, non era quello che non doveva essere legato, erano tutti quelli successivi...

*I - Si doveva creare il precedente...*

B.: Dopo un po' di mesi, un infermiere molto bravo, molto bravo, mi dice: "Dottore, ho capito bene? Mi spieghi un attimo. Ho capito bene che noi facciamo la psichiatria come Gandhi?" E io, che non ci avevo mai pensato, ho detto: "Che figo, questo qua ha capito tutto". Ho capito che aveva capito. E da allora non si è più legato nessuno. Dopo un po', mi arriva una caposala, del reparto di medicina, una di lingua italiana, che anche lei era stupitissima – che poi, nelle medicine come nelle ortopedie, i pazienti si legano – e mi chiede informazioni... ho detto: "Giovanna, venga domani a Trieste, il prossimo fine settimana". Ci diamo un appuntamento venerdì mattina, la porto al San Giovanni, le spiego che in un certo reparto dove lavoravo io c'era stato uno sciopero, quella volta, in cui due sindacati su tre, e quelli della Cisl, e quelli della Uil – ma la Cgil collaborava con Franco Basaglia e con noi - avevano ritirato il personale per 48 ore, il 100% dei suoi iscritti, evidentemente, con l'obiettivo di far sì che venissero nuovamente chiuse le porte. E noi, insomma, giovani medici basagliani, abbiamo accettato la sfida e abbiamo fatto per 48 ore i medici e gli infermieri, li abbiamo nutriti, li abbiamo lavati, gli abbiamo dato le medicine, abbiamo fatto anche i medici insieme, senza mai chiudere le porte a chiave, e quindi lo sciopero fallì. Dopo un po' di mesi i sindacati ammisero che lo sciopero era fallito, e dopo un po' di anni ammisero che avevamo ragione noi, insomma. Racconto questa storia alla mia caposala di Merano [Giovanna], si illumina e disse: "Adesso ho capito. Non legheremo neanche noi". Dopo tre anni, il *no restraint* di Merano, la caposala mi consegna le cinghie che aveva tenuto, perché non si sa mai, in un cassetto e dice: "Dottore, queste le do indietro, perché vedo che non servono veramente".

Lo stesso Toresini nel corso dell'intervista, ribadisce più volte come, al di là dell'eccezionalità della sua esperienza, la visione del Dirigente sanitario e la complicità con il caposala siano, dal suo punto di vista, fattori prioritari nel decretare l'adesione alternativa di un reparto psichiatrico a un modello *restraint* o *no restraint*.

*I - Arriviamo alla leadership... prima dicevamo della necessità di un leader carismatico per i SPDC no restraint e per i SPDC in cui si ricorre spesso alla contenzione, anche abusandone, secondo lei che tipo di leadership generalmente è presente? Qual è il ruolo della leadership rispetto a questo uso così indiscriminato della contenzione? È uno dei fattori più determinanti o ...*

Toresini: È una parola inflazionata, è una leadership fascista insomma.

*I - ma tra tutti questi che le stavo dicendo, secondo lei, è il fattore determinante?*

Toresini: Direi, non so se determinante, ma è convalidante, perché ricicla, legittima, rinforza questo circolo vizioso e retaggio culturale...

*I - è pensabile che ci sia una dirigenza contraria alla contenzione di un SPDC in cui si pratica la contenzione?*

Toresini: Sì, ma... non so... ma, per esempio, questo mio collega che vive in Germania e che sono andato a trovare non è che gestisca un SPDC, gestisce un reparto con più di quindici posti letto; lui è contrario alla contenzione e so che pian piano sta cercando di convincere i colleghi che non ci stanno perché se lo sono trovato come dirigente, eccetera. Se primario e caposala sono alleati ce la fanno, secondo me ce la fanno.

*I: Ce la fanno anche contro una cultura aziendale contraria?*

Toresini: ce la fanno pian piano e io sono convinto che ce la faranno se avranno molta determinazione, forza morale, capacità anche di manipolare, se volete, in senso buono...

### **3.4.2. La contenzione e il TSO dentro l'SPDC e l'SPDC dentro il DSM: una matryoska con tante crepe e incastrati territoriali non riusciti**

Enrico: (...) in un certo senso sta avvenendo un grande taylorismo medico e legale, che introduce termini come quelli del minutaggio, del...

*I - In che senso minutaggio?*

Enrico: È un termine introdotto nelle gare d'appalto, fondamentalmente, dove il numero di operatori definiti necessari per un certo tipo di prestazione è calcolato a seconda di quanto tempo l'amministrazione pubblica pensa sia necessario dedicare a ogni utente. Ti parlo di minutaggio perché sono andato a vedermi delle gare d'appalto e ci sono proprio scritti i minuti, e ogni minuto implica un costo, capisci che... quando parlavate dell'esperienza del '77, io per carità avevo due anni, ma vorrei marcare la differenza che c'era tra l'unità sanitaria locale che ha un certo tipo di significato e l'azienda sanitaria locale, che è un'azienda e guarda a costo e benefici e non dico ricavo ma certo non può andar sotto. L'unità ha una dimensione più politica, l'azienda è un'azienda...

Provate a chiedere a uno psichiatra che opera in un Centro di Salute Mentale (CSM) perché al proprio interno un colloquio con un paziente, cui fa generalmente seguito la prescrizione di psicofarmaci, duri mediamente poco più o poco meno di 10 minuti, mentre un colloquio psichiatrico privato, a parità di scopo, duri almeno 50 minuti. La risposta più comune sarà che nelle ASL c'è carenza del personale, che ormai da tempo sussiste il blocco del *turnover* e che quindi i medici sono sottoposti a un carico di lavoro che sarebbe incompatibile con un processo diagnostico più lungo. Nello stralcio riportato dell'intervista di Enrico, operatore del Terzo Settore, si centra con una sola parola, *minutaggio*, il centro del problema. La ASL è un'azienda che lavora al risparmio per "produrre" al minuto più diagnosi e prescrizioni farmacologiche, senza voler o poter incidere sui centri di costo – primi tra tutti quelli deputati al personale. Quello che non si considera è che, come nelle fabbriche, aumentare i ritmi di lavoro (numero di visite nell'unità di tempo) diminuisce la qualità del lavoro perché contribuisce ad aumentare lo stress lavoro correlato del personale e a diminuire esponenzialmente l'efficacia del processo (diagnostico e di guarigione dei pazienti). Ma, soprattutto, si trascura il fatto che il processo dovrebbe essere indirizzato non a produrre merci, ma a curare persone. Anche volendo adottare una logica utilitaristica, una diagnosi poco accurata e la conseguente somministrazione errata di uno psicofarmaco hanno delle inevitabili retroazioni negative sull'intero sistema del DSM, aumentando il bisogno di nuove visite nei CSM, il numero di TSO e, più in generale dei ricoveri nei SPDC, il che volente o nolente – pur chiudendo forzatamente gli occhi di fronte ai danni per la salute privata e pubblica - incide di rimando sui costi complessivi. Se una fabbrica taylorista-fordista, che operasse per produrre pezzi da incastrare perfettamente con i pezzi prodotti da un'altra fabbrica, ignorasse questa logica di interdipendenza sarebbe certamente costretta a chiudere per fallimento nel giro di poco tempo.

Le eccessive imperfezioni nell'incastratura tra l'organizzazione del lavoro nei CSM e nei SPDC, soprattutto nelle regioni che operano più contenzioni, sono dovute, nell'opinione di Toresini, a una "cultura troppo ospedalocentrica", che ancora lavora poco per la prevenzione degli stati acuti, fatta eccezione per alcune Regioni in cui il CSM non lavora solo a livello ambulatoriale:

*I - Quali sono gli elementi che all'interno dei DSM che in Italia non funzionano secondo gli standard che sarebbero necessari alla salute mentale? E quanto secondo lei le eventuali disfunzioni possono incidere sul ricorso nei SPDC alle pratiche di contenzione meccanica?*

Toresini: Mah, insomma è abbastanza chiaro, c'è ancora una visione troppo ospedalocentrica, o troppo ospedalista, per cui, anche se l'Italia è il paese più avanzato, non è sufficiente perché è un percorso che non si sa quando inizia e non si sa quando finisce (non dovrebbe finire mai). Questa concezione è una concezione che porta al rafforzamento del potere e quindi della concezione della contenzione insomma. Più si riesce a spostare l'intervento in una fase preventiva e a ridurre il bisogno di ricorso alla riparazione del danno e meno si deve ricorrere alla contenzione, più perde senso il discorso della contenzione, anche se in mancanza di coscienza c'è

sempre qualcuno che troverà qualcuno da contenere.

*I - Come si porrebbe rispetto a quelli che considerano i SPDC come l'ultimo approdo di pazienti, dovuto cioè al mal funzionamento dei CSM, degli altri servizi territoriali che...*

Toresini: È logico, se voi aveste tempo un giorno di fare un giro per i SPDC di Trieste e i CSM di Trieste, di Gorizia e di Udine, vedreste che in Friuli Venezia Giulia i CSM sono aperti 24 ore su 24, hanno posti letto e che quindi i ricorsi al SPDC sta diventando sempre più una quota minimale perché diminuiscono i casi di acuzie.

*I - Quindi...*

Toresini: Nei SPDC stanno anche meno di ventiquattro ore, nei CSM ci stanno di più, la vera degenza sta nei CSM, Centri di salute mentale. Non è chiaro?

*I - No no, è che mi è estranea per quella che è l'esperienza romana, che conosco di più...*

Toresini: ... è vero a Roma e in altri posti di Italia, ed esempio Merano, i CSM hanno funzione di ambulatorio, aperti 6/7 giorni 12h. Invece qua in Friuli sono aperti sempre 24h/24.

Di questa difformità nel funzionamento dei servizi territoriali nelle varie ragioni, che si traduce poi nella possibilità o meno di *contenere la contenzione* fino al punto di rinunciarvi nei territori più virtuosi, dà precisamente conto il documento prodotto dal Comitato Nazionale di Bioetica già citato:

“I SPDC che usano la contenzione hanno alle spalle servizi territoriali e reti socio-sanitarie ‘deboli’: intendendo con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono sufficienti varietà di personale, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete socio-sanitaria territoriale. Inoltre, la contenzione si accompagna a una serie di altre pratiche limitative della libertà di scelta del paziente, come il sequestro di oggetti personali, l’obbligo di indossare il pigiama, la limitazione delle visite dei familiari e delle telefonate, il razionamento delle sigarette etc.

Invece, i SPDC *no-restraint* hanno alle spalle servizi aperti tutto il giorno o anche 24 su 24, dunque con una buona capacità di filtro delle emergenze; resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono già la persona che arriva in crisi, e il paziente è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori a loro familiari” (CNB, 2015, p. 10).

L’SPDC – almeno per quella che è la situazione ricostruita in Regione Piemonte – sembrerebbe costituire il tipo di servizio con maggiori criticità e al suo interno la contenzione è proprio uno di quegli elementi che contribuisce a squalificare ulteriormente la qualità delle prestazioni erogate. Continuità con gli altri servizi territoriali e reperibilità permanente di personale specializzato risultano, dal punto di vista di Corbascio, le richieste più diffuse tra i pazienti psichiatrici piemontesi:

*I - Ecco invece sui servizi territoriali? E soprattutto sull'interfaccia tra questi e i SPDC?*

Corbascio: (...) il giudizio chi più chi meno sui servizi del territorio è positivo, vengono chieste cose in più come borse lavoro e inserimenti sociali, però non male, 70% di giudizi positivi, anche su rapporto con la realtà locale. Con i SPDC arriva il disastro. I pazienti chiedono che ci siano le visite degli operatori di riferimento del CSM, per esempio, che non ci sono, non vanno in SPDC, cioè chiedono la continuità, che c’è poco. Chiedono che quando vengono ricoverati e passano dal pronto soccorso ci sia una cartella clinica informatizzata, in modo che avvenga la trasmissione dell’informazione e loro non debbano tutte le volte ricominciare... quindi continuità assistenziale, che non c’è, e quello che si decide in SPDC lo subiscono. Lo scontento principale anche dei pazienti astigiani è l’SPDC. Sulla contenzione oltre all’analisi qualitativa delle interviste abbiamo fatto anche quella quantitativa e mi sembra che venisse fuori un dato del 17% delle interviste che riportavano

episodi, non erano centrate su quello, erano centrate sui CSM, ma veniva fuori comunque, la contenzione. Quindi, i pazienti chiedono dentro il reparto la continuità con il territorio e ovviamente la contenzione è sempre vissuta negativamente, solo un caso diceva beh, tutto sommato non... e poi questa cosa della cartella informatizzata, da cui si può leggere la storia, le terapie, capire. E non c'è in gran parte d'Italia.

*I - Appare quindi che l'SPDC sarebbe la sola situazione critica del sistema, ma sui servizi del territorio cosa emerge o si può dire in termini di maggior possibilità di gestire/prevenire le crisi?*

Corbascio: Quei servizi che adottano un modello di intervento che prevede una presa in carico diciamo forte, con un intervento a casa, con la famiglia, un intervento su tutti quegli assi della vita delle persone, riesce in genere a prevenire i ricoveri, il modello di Giacomini, il modello che adottavamo nel programma di riabilitazione, si andava sempre a casa, e c'era una reperibilità notturna, sia durante la chiusura dell'ospedale psichiatrico sia dopo. Ecco anche questo chiedono i pazienti, la reperibilità notturna degli operatori che ti conoscono, non potrà essere sempre lo stesso ma come pool lo puoi fare, e quello lo facevamo e credo che quello abbia scongiurato una serie di accessi al pronto soccorso. Una volta il Maurizio ce l'aveva un infermiere reperibile la notte, adesso non più. Ma se io vado adesso a dire questo ai programmatori regionali si mettono tutti a ridere!

*I - Si mettono a ridere per questioni di risorse?*

Corbascio: Ma perché adesso è tutto così spersonalizzato, che se vado dal grande programmatore regionale a dire che il paziente psichiatrico gioverebbe di questa cosa... che tra l'altro a Napoli (a Napoli!) c'è... sembrerei così naif... che non mi ascolterebbero nemmeno per quattro minuti! Per cui evito anche, non posso dire sempre le stesse cose per 35 anni!

Rispetto al funzionamento interno dei SPDC, almeno due elementi estremamente interconnessi con la contenzione meccanica necessitano di un approfondimento mirato: il TSO (Trattamento sanitario obbligatorio) e la contenzione farmacologica.

Come risulta dal confronto tra i dati pubblicati negli ultimi anni dal Ministero della Salute sul numero dei ricoveri in SPDC (Ministero della Salute 2009), il quadro del funzionamento dei servizi del DSM si caratterizza per diversi elementi di criticità, legati all'aumento dei seguenti indicatori:

- i ricoveri in SPDC (questo dato, preso da solo, potrebbe anche dipendere dalle peggiorate condizioni socio-economico-ambientali nella penisola italiana);
- i ricoveri ripetuti (oltre un terzo dei ricoverati);
- il numero dei trattamenti sanitari obbligatori, calcolato sul numero dei pazienti dimessi, si è attestato negli anni considerati intorno al 4,5%.

Il TSO può essere disposto in ingresso o nei casi in cui i degenti, pur essendo entrati nell'SPDC volontariamente, oppongono resistenza alle cure mediche che si intendono prestare e che il personale reputa necessarie. Attraverso questa precisazione, risulta immediatamente intuibile il connubio che si viene a creare tra TSO e contenzione farmacologica.

D'altra parte, il connubio tra pratiche coercitive di cui si fa uso nei SPDC è molto più complesso. Immobilizzare il paziente richiede l'uso della forza e l'uso di massicce dosi di farmaci, così come il paziente, che si contorce e urla dopo essere stato contenuto, necessita di essere calmato e sedato, di modo che contenzione fisica, meccanica e farmacologica diventano facce della stessa medaglia. Questo connubio di violenza e coercizione ha la funzione, nella personale rappresentazione dello staff sanitario, di far transitare progressivamente il paziente da una sensazione di estrema potenza, anche indotta dal proprio stato alterato di coscienza, ad una

di prostrazione e impotenza assoluta. Tra tutti gli intervistati è Sangiorgio a descrivere con maggiore efficacia la violenza della dinamica cui fa capo l'insieme degli atti costrittivi che consentono di legare con la forza il paziente:

*I - Senta, qual è il legame esistente tra la contenzione meccanica e gli altri tipi di contenzione, soprattutto farmacologica e fisica? Cioè, è qualcosa di tutto unito, un unicum della contenzione o ...?*

Sangiorgio: Allora, le forme della coercizione sono diverse, spesso tutte quante cooperanti. Nel senso che un paziente che viene legato, non è che il paziente viene legato e basta. Un paziente che subisce in primo luogo una contenzione fisica, cioè una colluttazione violenta, perché per arrivare al fatto che il paziente venga legato deve essere messo nella condizione di impotenza assoluta, per cui le sue braccia, la sua testa, il suo corpo, le sue caviglie possono essere legate al letto e sia immobilizzato. E prima che una persona si lasci condurre a tutto questo, puoi ben capire che gli altri devono fare una lotta feroce, per cui c'è uno scontro, e spesso quattro, cinque, sei a uno, che devono portare... c'è una lotta fisica, una contenzione fisica. Contemporaneamente, per ridurre le resistenze del paziente, questo deve subire anche un trattamento farmacologico. Perché non è facile ridurre all'impotenza una persona agitata, soprattutto quando è convinta dalla sua forza, dalla sua storia e dalle sue esperienze di essere di fronte all'ennesimo sopruso, all'ennesima violenza, all'ennesimo trauma, all'abuso. E quindi quel paziente viene coartato fisicamente, viene trattato farmacologicamente, viene legato e poi continua a subire un trattamento farmacologico perché nel momento in cui è legato continuerà a gridare, a urlare la sua libertà, la sua volontà di essere libero, di poter andare a pisciare, di poter mangiare, di potersi togliere il sudore, di poter girarsi sul letto e... non lo potrà fare. Le varie forme di coercizione, tutte cooperano tendenzialmente a portare il soggetto agitato o violento ad una situazione di totale impotenza.

Di nuovo, si palesa in modo inequivocabile la sottrazione della dignità che si cela dietro questo esercizio di forza e coercizione. Diventa altresì intuitivo che nel momento in cui l'intenzionalità del degente nel decidere se entrare e se rimanere nel reparto sia negata, pressoché automaticamente aumenta la probabilità di incorrere nel rischio di contenzione meccanica. Lo stesso Sangiorgio, sulla base della sua esperienza, traccia in modo forte un legame, a livello pragmatico ma non normativo, tra TSO e contenzione, seppure occorra precisare che la contenzione è operata anche in regime di ricovero volontario:

*I - Senta, quindi, tornando anche al TSO, può dire che a livello informale il TSO costituisca una autorizzazione a sottoporre il paziente a pratiche coercitive?*

Sangiorgio: La legge questo lo proibisce. Di fatto la pratica è diversa, nel senso che come ho avuto modo di dire, il Trattamento sanitario obbligatorio oggi non è sottoposto ad alcun vincolo di tutela effettiva da parte dell'autorità giudiziaria. Che, se deve - come dire - imporre che un detenuto venga ristretto, deve fare una serie di cose, deve valutare la situazione, nel caso del paziente di psichiatria non deve fare un bel nulla, perché l'autorità giudiziaria riceve una semplice comunicazione, la mette nel tiretto ed è finito tutto lì. Nella mia esperienza di vent'anni, ho avuto due o tre confronti piuttosto aspri con il giudice, ma mai su fatti di questo genere. Quasi sempre su balordaggini burocratiche, che riguardavano l'aver frainteso un comma piuttosto che un altro, ma mai un giudice che anche di fronte alle proteste più aspre dei paziente e dei familiari sia mai intervenuto a tutela dei loro interessi. Cioè, non gliene importa un fico secco. Cioè i *pazienti psichiatrici* sono considerati difatti nella legislazione italiana come *persone senza diritti*, nonostante la legge sul Trattamento sanitario obbligatorio faccia espresso divieto di usare il TSO come mezzo per esercitare violenza sul paziente. Questo lo dice anche in modo chiaro. Però, nonostante la legge dice sul TSO, nei fatti il TSO è semplicemente la strada maestra per poter poi sviluppare qualsiasi forma di coercizione sul paziente.

Che il legame che si istituisce tra TSO e contenzione sia un errore interpretativo, situato nella pragmatica ospedaliera psichiatrica, piuttosto che nel piano formalizzato della norma, è confermato anche da Lorenzo Toresini, che invita a riflettere sul fatto che il ricovero coatto non autorizzi il personale medico-infermieristico a sottoporre il degente a forme di "tortura".

*I - A proposito di laccioli, c'è un legame tra TSO e diversi tipi di contenzione? Possiamo pensare al TSO come a*

*una sorta di autorizzazione, almeno per come è vissuta dal personale ospedaliero, a sottoporre il paziente a pratiche coercitive come quelle di contenzione meccanica?*

Toresini: Secondo me, questo è il frutto di cattiva interpretazione e c'è ancora, ci sono ancora pratiche coercitive... son sicuro che molti siano convinti che il TSO autorizzi la contenzione, anche se molti altri hanno contenuto e contengono persone volontarie, però appunto... e credo che anche molta magistratura e molte autorità sanitarie caschino in questo equivoco, il TSO è una brutta cosa è un po' inevitabile, boh, insomma.. ma questo non ha niente a che vedere con la contenzione! *Il TSO non autorizza la tortura*, in due parole insomma.

La contenzione meccanica, come anche d'altra parte il TSO – laddove disposto durante il ricovero inizialmente volontario - per come emerge da diverse testimonianze, è utilizzata avvalendosi di una logica perversa in cui il rifiuto di sottoporsi alle cure farmacologiche prescritte in reparto e le successive rimostranze da parte del paziente nei confronti delle insistenze del personale vengono gestite coercitivamente. Legare, in questo senso, significa imporre, attraverso un atto antiterapeutico e lesivo per la dignità della persona, la volontà di curare. E qui il volto della contenzione si fa ancora più contorto e contraddittorio.

Corbascio: Io non so quanto sia legale, la 180 è stata applicata, certo con difficoltà pensiamo alla Lombardia o al Sud, in Piemonte gli ultimi 15 anni sono stati un disastro... i giovani psichiatri in Piemonte hanno una cultura che è il farmaco, e allora non vuoi la medicina? E io ti lego. Subito dopo, non vuoi accettare il farmaco e magari metti a repentaglio la sicurezza – altro slogan pazzesco – allora io sono giustificato e ti lego.

Come emerso nel corso della trattazione, il rifiuto da parte del paziente delle cure farmacologiche prescritte, come anche le carenze di organico o strutturali, sembrerebbero di sovente elementi invocati dal personale sanitario a sostegno dello “stato di necessità”. Nel far ciò, si finisce con il trascurare che, come giuristi illustri hanno sottolineato, l'art. 54 del codice penale non autorizza affatto che lo “stato di necessità” sia invocato con una tale disinvoltura. Tutt'altro.

“Le cause di giustificazione della legittima difesa e dello stato di necessità non attribuiscono al personale sanitario alcun potere sul paziente. Si limitano a rendere eccezionalmente lecito a date condizioni un comportamento che per legge è ordinariamente illecito, sul presupposto che nel caso concreto tale comportamento sia *proporzionato* all'offesa da scongiurare (offesa che nel caso dello stato di necessità deve peraltro consistere in un pericolo di danno grave alla persona) e costituisca l'unico modo per mettere urgentemente in sicurezza interessi meritevoli di tutela esposti a un *pericolo attuale di danno*; il che, nel caso della contenzione meccanica, può verificarsi a rigore solamente quando costituisca il punto di arrivo di un percorso clinico graduale caratterizzato da una serie di interventi preliminari dissuasivi o impeditivi di *risk assessment*, di carattere ambientale, relazionale e farmacologico, finalizzati all'autodeterminazione del paziente, tutti messi in atto senza alcun successo” (Dodaro, 2015, pp. 328-9; corsivi nel testo).

Come traspare da questo insieme di testimonianze, il quadro della condizione del paziente psichiatrico assume una figurazione per certi versi distinguibile da quella di altri portatori di alterità, depauperati di diritti che la legge non prevede. Nel caso specifico, rispetto a portatori di alterità come i migranti, si tratta piuttosto di un territorio in cui i diritti sono previsti dalla legge ma sono rispettati solo in modo parziale e discontinuo, è uno spazio sociale in cui il paziente psichiatrico si affida, insieme ai familiari, al personale addetto alle cure, senza però poter confidare (sempre) sul fatto che per cura non si intenda violenza, coercizione e negazione della propria dignità.

La mancanza di controlli nei confronti di ciò che avviene nei reparti “chiusi” dei SPDC, le ambiguità nelle interpretazioni normative, il silenzio dell'opinione pubblica, il timore di denunciare da parte delle persone che hanno, secondo standard difforni, vissuto la contenzione, affiancata dalla loro scarsa consapevolezza di aver subito una violazione dei propri diritti, sono alcuni degli elementi più significativi emersi progressivamente nel corso di queste pagine. Tutti insieme si muovono congiuntamente nel riconoscimento di un'estrema

libertà allo staff dei singoli SPDC di decidere quando e secondo quali modalità ricorrere a pratiche coercitive (contenzione meccanica, farmacologica), a spese della sottrazione ai degenti della libertà di autodeterminare il proprio destino (esistenziale e terapeutico) e di affermare la propria dignità di persona. Per uscire dalla sensazione di impotenza, che le pagine che si sono succedute hanno in buona parte restituito, occorre ora volgere lo sguardo verso le ipotesi di soluzione prospettate dai nostri testimoni, con l'auspicio che un giorno possano assumere un carattere generalizzato, piuttosto che di eccezione alla prassi.

## 3.5. Alla ricerca di soluzioni: buone pratiche contro la contenzione

### 3.5.1. SPDC *no restraint*: dalla contenzione al contenimento

Nel corso di questo nostro, primo lavoro esplorativo sul diritto dei pazienti psichiatrici a non essere legati, abbiamo avuto la possibilità di inoltrarci in una realtà, tuttora troppo in ombra, che è quella dei SPDC *no restraint*. Più specificatamente, in questo percorso alla ricerca di buone pratiche, abbiamo avuto modo di incontrare personalmente il Presidente del Club dei SPDC *No restraint*. L'Associazione, nata a Trento nel 2013, riunisce quanti siano interessati a promuovere un percorso di cura ospedaliera per i pazienti psichiatrici alternativo rispetto a quello dominante. Il modello del *no restraint*<sup>47</sup>, è caratterizzato principalmente da questi due elementi (cfr. Toresini, 2005; Rossi, Toresini, 2015, p. 273):

- a) la pratica di non legare mai il paziente al letto;
- b) la pratica di lavorare con le porte aperte.

Come si è già avuto modo di notare nei paragrafi precedenti, porte chiuse e contenzione sono due elementi della cultura organizzativa dei SPDC (*restraint*) che si legittimano reciprocamente, nel senso che se non vi fossero le porte chiuse probabilmente la contenzione non potrebbe essere occultata pubblicamente e perciò praticata con eccessiva disinvoltura. D'altra parte, le porte chiuse assolvono a precise funzioni rispetto alla possibilità che i degenti non escano dai reparti, considerato che frequentemente si sviluppa la precisa determinazione del ricoverato a fuggire o ad andarsene (e forse ancora troppo poco sforzo viene devoluto per interrogarsi sulle *vere* ragioni di questa diffusa disposizione alla fuga). Diventa quindi interessante, prima di arrivare a illustrare le alternative alla contenzione meccanica, cercare di capire come siano gestite le porte aperte nei reparti *no restraint*. Come apprendiamo da Toresini, "porte aperte" non significa che il paziente possa uscire dal reparto senza alcuna autorizzazione. L'uscita è il frutto di una *pratica negoziale*, in cui entra immediatamente in gioco una componente relazionale forte, che risulta essere la chiave del successo, come specificheremo meglio tra breve, della stessa possibilità di non ricorrere alla contenzione.

Questa relazionalità si esprime in una miriade di modi diversi, non tutti esplicitabili negli scritti prodotti dagli psichiatri che aderiscono al paradigma *no restraint*, sia perché differiscono da SPDC a SPDC sia perché, vissuti come qualcosa di naturale, si finisce con il darli per scontati, quando scontati non sono affatto. Tutti i SPDC *no restraint*, pur nella loro varietà, convergono verso l'obiettivo di abbattere quella *asimmetria di potere* nel rapporto medico-infermiere-paziente che, come argomentato ad esordio del capitolo, è la cornice ideologico-relazionale che costruisce lo spazio sociale privilegiato in cui le misure coercitive, come la contenzione, prendono forma e si cristallizzano come pratica di routine. Significativo è rimarcare come la ricerca di una maggiore simmetria relazionale possa contribuire alla rimozione di quei simboli, come il camice bianco per il personale sanitario e il pigiama per i degenti, che nella cultura ospedaliera sono dati per scontati e, quindi, considerati inamovibili. Dalle parole di Toresini apprendiamo dunque che nell'ospedalizzazione

.....  
47 Per l'elenco dei 21 SPDC che sono consociati, si rimanda alla pagina Facebook del Club SPDC *no restraint*. L'Istituto Superiore della Sanità nel report "Progres Acuti" del 2005 documentava che circa 2 SPDC ogni 10 lavorava con reparti a porte aperte e senza contenzione meccanica.



dei degenti psichiatrici è possibile mantenere una *disimmetria dei ruoli*, intesa come diversità tra il ruoli di medico, infermiere e paziente, senza però sfociare in una asimmetria di potere:

*I - C'è un'organizzazione tipo che accomuna questi SPDC, diversa da quelli restraint?*

Toresini: Non direi.

*I - No?? Non so, ad esempio, una organizzazione meno gerarchica, più...*

Toresini: No, no, no. Allora, la gerarchia – questa è una bella domanda, interessante - la gerarchia e i ruoli, sono una gerarchia e ruoli di fatto, insomma. Il medico rimane medico, il primario rimane primario, gli infermieri sono infermieri, ci sono gli psicologi, quant'altri ecc. Il problema qual è? Il problema è che quanto più ci si deistituzionalizza, quanto più si mette in discussione le pratiche, tanto più i ruoli si appannano. Cioè, quando sei di fronte a un paziente, agitato e magari lo tieni fermo per un po' o comunque lo convinci, no? Eh, i ruoli perdono di senso. Io faccio sempre il paragone del terremoto. Nel '76 ci fu il terremoto del Friuli e apprendemmo quella volta che veniva l'esercito, e di fronte alle case crollate e ai terremotati sotto le macerie tutti si tirarono su le maniche allo stesso modo. Ufficiali, sottoufficiali, cittadini ecc. Nelle pratiche territoriali, diciamo, i ruoli di fatto si appannano, decadono. E poi rimangono ... ci sono contratti, paghe diverse ecc.

*I - Si appannano... possiamo dire che rimangono ma con una maggiore simmetria, no? Tra pazienti e il personale c'è meno dislivello...*

Toresini: c'è meno dislivello, sì, sì. Si mettono in discussione nella pratica, i ruoli, ecco. A cominciare dal fatto che, per esempio, un piccolo espediente banale, nessuno mette più il camice.

*I - Ecco...*

Toresini: Gli infermieri a Merano non tenevano il camice, non li tenevano nei servizi di salute mentale e i medici, nessuno con il camice a Merano, a cominciare da me.

*I. ...un bel modo di livellare.*

Toresini: Se voi andaste anche in SPDC, pure a Trieste, non è che gli infermieri abbiano il camice. Perché non è che i pazienti hanno il pigiama, per esempio... negli altri reparti, è ovvio, che si sta in pigiama. In psichiatria che senso ha tenere il pigiama? Se uno lo pigiamizzi, è un modo anche per stigmatizzarlo, per impedirgli di uscire, ecc. La scommessa è: uno vestito normalmente, se non deve uscire non esce, *perché negozia con te il fatto di non uscire su determinate motivazioni concrete, sensate, reali.*

Il *contenimento dell'angoscia*, come contrapposto all'immobilizzazione che la contenzione implica, è precisamente l'obiettivo che, nella loro varietà, le pratiche relazionali messe in atto nei SPDC *No restraint* si propongono di mettere in atto nel far fronte agli stati di crisi acuta dei pazienti psichiatrici (Rossi e Toresini, 2015). L'obiettivo del "contenimento" (*holding*), secondo il significato che nel 1958 lo psicanalista inglese Winnicott attribuiva al termine - tenere in braccio, proteggere, accudire - implica il ricorso a pratiche sensoriali-affettivo-cognitive, come il toccare, parlare, sollecitare e manifestare la "presenza", dirette a ricostruire le basi del "senso di sé" del paziente (Correale, 1999; Lichtenberg, 1992; Ferioli, 2013).

Relazionalità è la parola d'ordine che orienta l'agire pratico nei reparti SPDC *no restraint* e che consente sostanzialmente di arginare le situazioni di emergenza, che negli altri SPDC motivano il ricorso alla contenzione. Per sostituire il contenimento con la contenzione occorre, come ci spiega Toresini, superare quella paura che è all'origine di ogni processo di stigmatizzazione e uscire da quel circuito perverso, descritto nelle pagine precedenti, della profezia che si autoavvera che fa capo all'interiorizzazione dello stigma di malato, costruito socialmente-istituzionalmente, e che sfocia, con buona probabilità, nella cronicizzazione del disagio psichico. Non è di fatto un caso che, come sottolineato dall'ispiratore del Telefono Viola, Giorgio

Antonucci, in suoi vari scritti, gli stadi più acuti del malessere psichico si manifestino con maggiore frequenza proprio dentro i reparti che fanno maggiore uso di pratiche coercitive, piuttosto che all'esterno e piuttosto che dentro i SPDC *no restraint*, sollevando il dubbio legittimo che sia proprio la violenza di reparto a generare, o comunque a far precipitare, le acuzie.

*I - Qual è il sostituto della contenzione? Come si fa fronte, nei SPDC No restraint, che adottano questa filosofia di fondo, agli stati di emergenza, rispetto ai quali normalmente gli altri SPDC...*

Toresini: Sostanzialmente, la relazione. Sostanzialmente la relazione e sostanzialmente superare la propria paura, superare il fatto che la propria paura induce paura degli altri. Superare questo circolo vizioso per cui la reazione al sintomo, alla malattia mentale, ai comportamenti, ecc. aggrava il sintomo stesso, i comportamenti e le malattie, insomma. Il superamento del manicomio è servito a capire e a dimostrare... è stata un'operazione, soprattutto scientifica, che ha dimostrato che il fatto di superare la reazione istituzionale, l'organizzazione collettiva della reazione, riduce moltissimo l'organizzazione della malattia.

Non aver paura significa anche non sottrarsi aprioristicamente dall'esigenza di fronteggiare le situazioni di crisi con l'uso della forza *motivata*. La discriminata è, però, che l'uso che della forza, cui talvolta si deve ricorrere nei SPDC *no restraint*, è momentaneo e accompagnato sempre da strategie comunicative che possano servire a precisare al paziente il *senso* dell'agire del personale sanitario:

*I - Come si fa fronte alla paura? Fate degli incontri... se ne discute? Viene incentivata anche questa cooperazione all'interno del...*

Toresini: Direi che la paura si supera affrontando le persone. *De visu*, faccia a faccia, è chiaro che ci sono dei momenti in cui, non dico di no, si interviene in due, tre, quattro persone sulla persona stessa, magari anche afferrandola di qua e di là ... però contestualmente e tutto il tempo c'è una metacomunicazione in cui per esempio si dice: "Guarda che non ce l'ho con te, sai?" E funziona.

*I - Quindi, quella che normalmente viene chiamata contenzione fisica...*

Toresini: Non è contenzione meccanica. Poi, per un momento, può anche darsi che uno prenda un braccio, uno prenda quell'altro, però, è il minimo indispensabile, insomma.

I. Quindi sempre accompagnata ...

Toresini: ... sempre accompagnata da una relazionalità, da un'apertura, non da una violenza contro aggressività. Poi le situazioni difficili ci possono anche essere, per carità ... dopodiché, bisogna anche non negarsi che ci può essere una piccola parte che è svolta dall'intervento farmacologico, no? Però, oltre a questo, dire che si sostituisce la contenzione meccanica con la contenzione farmacologica, ce ne passa, insomma.

Questo ultimo intervento di Toresini richiede di operare una differenziazione tra contenzione fisica e meccanica, spesso usate intercambiabilmente anche nella letteratura specialistica, con l'obbligo di un'immediata precisazione iniziale, ossia che anche la prima – se non opportunamente disciplinata e soprattutto laddove si traduca in percosse e maltrattamenti – costituisca un'altra grave violazione dei diritti e della dignità del malato.

### **3.5.2. Contenzione meccanica vs. contenzione fisica: una sostanziale differenza**

Eludere la contenzione meccanica non esclude, ma anzi si potrebbe dire che implica, la contenzione fisica. Come già emerso dalle parole di Lorenzo Toresini, la contenzione fisica, laddove circoscritta a pochi minuti e accompagnata da gesti e parole con un valore relazionale, può contribuire nei SPDC *no restraint* a evitare che il paziente venga legato.

Della stessa opinione è il dirigente ministeriale, Di Fiandra, che mette in luce quanto la pratica di contenere momentaneamente i movimenti del paziente in evidente stato di agitazione possa assolvere un ruolo preventivo anche negli altri SPDC rispetto ad eventi precipitanti che, altrimenti, indurrebbero a legare il paziente:

*I - Poi c'è anche quella fisica, no? C'è chi fa la distinzione tra le meccanica e la fisica. Per il fatto che i pazienti siano trattenuti...*

Di Fiandra: Legato o trattenuto... per esempio, trattenere - è anche uno dei consigli che davano qui - le mani della persona ha invece un compito proprio preventivo, diventa relazionale, quindi evita altro tipo di misura. Per cui ecco, quello che questo documento [fa riferimento ad un documento istituzionale alla cui redazione aveva iniziato a partecipare negli anni scorsi], che secondo me se venisse ripreso e migliorato e aggiornato potrebbe realmente fare è lavorare perché si prevengano tutte le forme di contenzione.

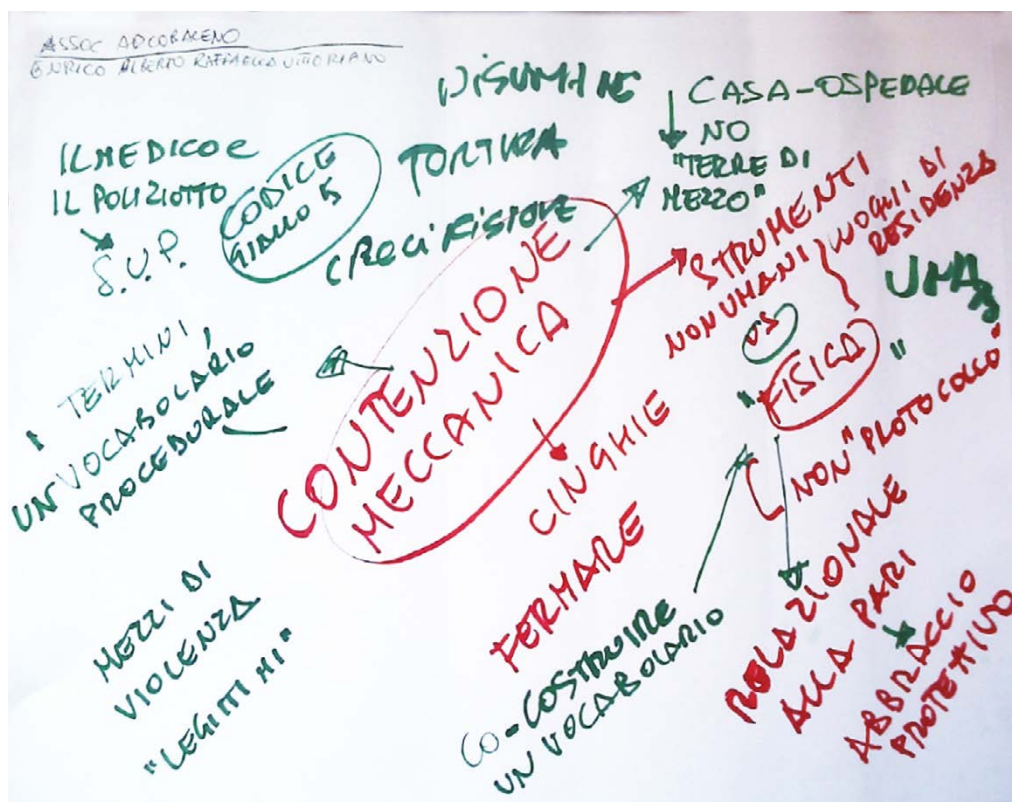
Come argomentato dai tre volontari intervistati dell'Associazione torinese *Arcobaleno*, la contenzione meccanica e fisica sono due pratiche che dal punto di vista etico e valutativo assumono una figurazione completamente diversa. Oltre a recuperare, attraverso le loro dichiarazioni, queste diversità, che pongono la contenzione meccanica in una posizione decisamente più deprecabile, è utile riportare, a corredo delle loro dichiarazioni, la mappa concettuale (fig. 3.1.) con cui loro stessi, attraverso parole chiave, hanno qualificato i due tipi di pratica che, invece, spesso sono assimilate, ponendole in rapporto di sinonimia, anche sul piano terminologico:

*I - Fermiamoci un attimo, da quello che dice Vittoriano ci sono due differenze tra la meccanica e la fisica, la prima differenza è che si tratta di una pratica relazionale e la seconda è che nella contenzione fisica, che può accadere, entra però in gioco il corpo dell'operatore [compilano la mappa]*

Raffaella: è più alla pari, rischio del mio, rischio di prendermi un pugno, è diverso. Se penso a questa situazione [meccanica] mi vengono delle immagini, parole forti tipo tortura, e se penso alla meccanica delle cinghie mi viene in mente la crocifissione, se penso a una persona legata a un letto mani e piedi l'immagine è quella della crocifissione. E quindi mi viene un disumano e qua invece, nella fisica, mi viene un umano. C'è comunque uno scontro, un rapporto alla pari. Io di questo non ho fatto esperienza personale, l'ho fatta dall'altra parte, una lotta con una persona al Mainero, ho avuto la peggio e sono finita al pronto soccorso, con il collare, lui mi ha preso per il collo e così...

Enrico: io anche ho avuto esperienze, la fisica relazionale, tra virgolette, è alla pari e a seconda della relazione che hai con la persona il contenimento fisico può anche essere letto come un abbraccio protettivo, a seconda di come ... cioè io ti faccio da palla e tu eviti di fare e farti danni ulteriori. Poi ovviamente dipende, è un rapporto alla pari ma va capito come la persona che la accetta o la subisce la declina, la interpreta. Se la subisce e si ribella può diventare una situazione pericolosa, anche perché in quel momento magari ti stai confrontando con una persona che ha dentro una furia tale che non è paragonabile alla mia. In ogni caso il contenimento relazionale/fisico/abbraccio può anche essere costruito attraverso la conoscenza, attraverso un vocabolario condiviso, se l'altro ti dice guarda che quando mi girano io faccio così e tu non devi fare... la contenzione meccanica invece ha un discrimine ed è l'utilizzo dei mezzi di violenza, che oggi sono protocollati e giuridicamente legittimi, insomma un utilizzo legittimo dei mezzi di violenza. Il che è ben diverso dal co-costruire una relazione anche attraverso il contenimento fisico. Quello che mi colpisce nella contenzione meccanica è il vocabolario procedurale e certi tipi di ingaggio e di passaggi, cioè un conto è dire sono in un gruppo appartamento, c'è uno che sta male chiamo il 118, un altro è dire sono un educatore e richiedo l'intervento della SUP che sarebbe Servizio Urgenza Psichiatrico, che sai che arriva lo psichiatra con poliziotti tipo antisommossa, arrivano bardati a prescindere... e nel chiamare l'ambulanza dici codice giallo 5, che significa il livello prima del rosso, che non vuol dire pericolo di vita, ma in tutto questo linguaggio da protocollo dai delle indicazioni ben precise.

Fig. 3.1. – Mappa concettuale costruita dagli operatori Arcobaleno: contenzione meccanica vs. contenzione fisica



Come riferisce Caterina Corbascio, seppure i modelli alternativi alla contenzione sussistano, c'è un problema culturale che impedisce alla psichiatria italiana di seguire il solco tracciato da esperienze positive in ambito italiano e internazionale:

*I - Mi diceva prima dell'Inghilterra, ci sono buoni esempi di alternative non solo alla contenzione ma alla gestione delle crisi?*

Corbascio: Sì, c'è molta letteratura su questo, io ho lavorato molto con loro, e ci sono anche esperienze statunitensi, quello di Soteria di Lorena Mosher, per esempio, dove erano tutti non *professionals*, che facevano fronte alle crisi senza farmaci, con un approccio relazionale: Case Soteria, case famiglia, mi pare nel Vermont, e poi molte realtà anche in Inghilterra. Ero andata lì per presentare esperienze nostre, ce n'erano ma poche di alternative. Io credo che si possano fare cose diverse, non sono io la più titolata perché mi occupo di territorio, di residenzialità, soprattutto...

*I - Quali erano le esperienze italiane alternative presentate?*

Io avevo portato il Mainero<sup>48</sup> perché per un periodo il Mainero funzionava così con pazienti che conoscevamo, era il 2009, poi Trieste, il CSM aperto 24 ore, e poi qualcosa a Napoli.

*I - Quindi insomma dei modelli ci sarebbero ma...*

Ma non si può proprio parlarne. Però adesso che ho parlato con lei magari torno alla carica... perché uno rinuncia solo perché non ne può più, sono trecento anni che ci provo...

48 Comunità terapeutica gestita dalla Cooperativa Progetto Muret, citata anche nell'intervista del Terzo settore

### 3.5.3. Sciogliere il nodo normativo. Abolire, regolamentare o denunciare la contenzione?

È pensabile che le élite di potere possano intervenire attraverso un provvedimento giuridico che abolisca o comunque regolamenti l'uso della contenzione? Molti dei pareri esperti espressi attraverso le interviste (i più espliciti: Di Palma e Toresini), si uniscono nel riconoscere che una legge, ammesso che venisse approvata, rischierebbe di ottenere effetti opposti, ossia quello di legittimare una pratica, che è già costitutivamente in antitesi con il diritto vigente o che, comunque, non essendo mai stata esplicitamente protocollata normativamente nei SPDC, con l'introduzione di una legge o di un qualsiasi regolamento nazionale, otterrebbe paradossalmente e inintenzionalmente un riconoscimento giuridico.

In questa direzione, anche all'interno di testi sulla contenzione, si esprimono in modo molto drastico anche diversi autori, tra i quali uno psichiatra molto autorevole come Peppe Dell'Acqua:

La contenzione non può essere considerata un atto medico, vale a dire non ha funzioni terapeutiche e dunque non può essere giustificata e non ha senso sia prescritta da un medico né attuata da un infermiere, *non può essere protocollata né essere oggetto di linee guida*. Non è un atto terapeutico, al contrario limita e ostacola qualsivoglia intenzione di cura. Rende impossibile qualsivoglia percorso di consapevolezza da parte di chi la subisce. Tutte le ricerche che abbiamo potuto consultare arrivano a queste conclusioni (Dell'Acqua, 2015, 33).

Con questo riconoscimento di impraticabilità della via normativa, l'impressione è che il nodo della contenzione meccanica, anziché sciogliersi, si stringa: la contenzione meccanica è un atto antiterapeutico, ma – a causa del rischio di legittimarla – sembrerebbe essere sconsigliabile introdurre un riferimento di legge che la vieti esplicitamente, così – per estensione - anche qualsiasi tipo di regolamentazione nazionale tesa a protocollarla, monitorarla e a fornire linee guida che, pur volendo scoraggiare gli abusi, potrebbero costituire un'implicita forma di legittimazione pratica.

La posizione di Sangiorgio si distingue a questo livello perché argomenta i rischi associati a un'abolizione formale riferendoli alla possibilità di una sostituzione della contenzione con altre forme di limitazione della libertà (si cita il caso della Gran Bretagna, in cui l'abolizione della contenzione ha introdotto e autorizzato la *seclusion*). Lo stesso testimone si dichiara invece favorevole alle forme di monitoraggio e regolamentazione che circoscriverebbero il ricorso della contenzione meccanica a casi di estrema necessità e contribuirebbero a impedire la traduzione di questa misura coercitiva in forme di abuso e perciò di tortura, come quelle legate al perdurare della pratica oltre un certo limite di tempo, necessario a contenere istantaneamente lo stato di agitazione:

*I - Senta ma, insomma, anche a questo proposito, lei sarebbe favorevole, per esempio, all'abolizione legale della contenzione?*

Sangiorgio: Io credo che questo non serva, e non sarei favorevole tout court a questo. E lo dico perché l'esempio dell'Inghilterra fa testo. Tutti i paesi che si sono limitati ad emettere delle leggi e a promulgare leggi che vietassero la contenzione, difatti, non hanno sortito alcun risultato. Ritengo che sia necessario che ci siano norme vincolanti, effettive, e che tutelino i pazienti. Cioè, il fatto che oggi un paziente possa essere legato per un tempo indeterminato, senza che nessuno eserciti una forma di tutela, di controllo su quel paziente, è una cosa gravissima, perché significa rendere una persona a rischio della propria vita, senza che ci sia alcuna tutela. Quindi, a mio avviso, che si possa verificare una contenzione in alcune circostanze è, come dire, legittimo, perché si possono creare delle situazioni di emergenza. Ma che quella persona venga poi costretta a subire, e ad essere in condizioni di abuso permanente per un tempo indeterminato, questo ritengo che sia una forma di tortura. Uso questa parola perché, nel momento in cui un atto di questo genere si prolunga oltre un certo tempo, diventa non solo una violenza e un trauma gravissimo, ma mette in pericolo la vita dello stesso paziente. Quindi le norme, in Italia, possono essere necessarie, però da sole non risolveranno assolutamente il problema.

Non per complicare il ventaglio già ampio delle posizioni, ma alla posizione di Sangiorgio si può contrapporre

una posizione speculare (più a favore dell'abolizione formale e meno alle regolamentazioni regionali), come quella espressa da Giovanna Del Giudice, nel suo recente e appassionato volume. Dopo aver documentato diverse forme di regolamentazione già introdotte in alcune regioni, come la Lombardia, introduce il sensato dubbio che fintantoché la contenzione sia considerata legittima in talune circostanze (*extrema ratio*) e come qualcosa di ineluttabile, diventi poi difficile non cadere nella forma di ambiguità di cui si parlava sopra, ossia di negarla, sul piano dello stato di fatto e delle forme di estremo abuso, per legittimarla dall'altra, sul piano dello stato di diritto (per la psichiatria):

“Con uno sguardo d'insieme, se il valore delle Raccomandazioni si può ascrivere al riconoscimento, peraltro non più eludibile, della pratica diffusa del legare le persone in cura nei servizi psichiatrici, fino ad allora sottaciuta dai tecnici e della società scientifiche, quando non negata nella sua portata quantitativa, professionale ed etica, non si possono non sottolineare ambiguità e debolezze.

Le Raccomandazioni mostrano chiaramente di essere frutto di un lavoro di mediazione e di ricerca di consenso tra le diverse componenti della commissione interregionale. Il testo sembra oscillare continuamente tra la giustificazione dell'ineluttabilità del ricorso alla contenzione in psichiatria e la necessità di schierarsi per il suo superamento; tra la ricerca di giustificazioni per il suo uso dovuto ai comportamenti violenti del paziente e l'affermazione dell'antiterapeuticità della contenzione; tra la denuncia dell'utilizzo della psichiatria da parte della medicina come scarico dei comportamenti indesiderati o violenti e l'affermazione che oltre che nei luoghi della psichiatria la contenzione viene usata in altri ambiti sanitari e assistenziali (...).

Ma tanto più le Raccomandazioni non entrano mai nella critica 'del contenere', al contrario, la assumono nel tentativo di una sorta di 'riduzione' del danno e del rischio”. (Del Giudice, 2015, pp. 307-8)

Il dilemma è quello che, durante l'intervista, Giacopini esprime con poche ma eloquenti parole. La necessità di regolamentazione, che pur ci sarebbe, per impedire gli abusi, si scontra con la necessità di evitare che si protocolli una pratica che nominalmente non figura in alcuno dei moderni sistemi giuridico-normativi del sistema sanitario:

*I - Secondo lei sarebbe auspicabile che ci fossero, per esempio, protocolli regionali?*

Giacopini: Assolutamente sì. Anche se protocollare questo tipo di intervento vuol dire poi sancirlo.

Giovanna del Giudice, nel testo già citato, mette peraltro in rilievo come alcune delle Regolamentazioni regionali, come quella della Lombardia (a differenza di altre), contribuiscano a sostenere e raccomandare l'uso della contenzione nel caso del TSO, il che conferisce ulteriore giustificazione ad un nesso che a livello pragmatico già esiste e che andrebbe semmai scoraggiato per le ragioni già argomentate nelle precedenti sezioni.

D'altra parte, come si evince dalle dichiarazioni che Caterina Corbascio ha rilasciato durante l'intervista, il riconoscimento, condiviso nella Regione Piemonte, della già esistente illiceità sul piano giuridico-etico-normativo della contenzione meccanica e il dubbio che qualsiasi azione di regolamentazione, anche a livello di monitoraggio, avrebbe costituito una implicita legittimazione, hanno contribuito a bloccare nel territorio piemontese qualsiasi iniziativa fosse volta a istituire un sistema locale di regolamentazione e monitoraggio centralizzato della contenzione meccanica nei SPDC. Alla luce di questa esperienza e sulla base della conoscenza della situazione in altri paesi europei, la consulente regionale si è dichiarata favorevole all'abolizione legale della contenzione:

*I - Arriviamo alla situazione in Regione Piemonte. La Regione ha mai fatto delle linee guida sulla contenzione?*

Corbascio: No, no, perché quando con la giunta Bresso ho lavorato in Regione 5 anni e con una frequenza importante, il gruppo di riferimento dove c'erano persone importanti come Luciano Sorrentino, e insieme si decise che se si facevano linee guida voleva dire che si accettava la contenzione. In realtà la cosa per me era ambivalente, se era meglio dire se proprio devi fare contenzione almeno falla così, come ha scelto di fare la

Regione Emilia Romagna, o se fosse meglio ignorare il fenomeno. Noi avevamo cercato di monitorare ma non c'è stato il modo, perché gli unici che potevano fornire dei dati erano gli stessi medici dei SPDC con cui non c'era grande collaborazione.

*I - Quindi, il dilemma lo capisco, se faccio una norma vuol dire che legittimo la pratica, però allora, siamo in un limbo, quello che vorrei capire, siamo in un limbo anche normativo?*

Corbascio: Non ci sono le leggi su questo, nemmeno nazionali, non sono sicura ma direi di no, perché si dà per scontato che non si dovrebbe e invece tutti i SPDC del Piemonte lo fanno, ma non ho un numero... con Picco abbiamo forse provato a pensare, sono passati 6 o 7 anni, devo telefonargli ma mi pare che avessimo tentato di pensare a un monitoraggio ma ci siamo fermati. Comunque è segnato in ogni cartella e poi c'è un registro in reparto

*I - E però nessuno va a vedere, ma mi chiedo: non c'è nessuno oggi in Regione Piemonte che si chieda quanto si contiene nei nostri SPDC? Non c'è questa domanda?*

Corbascio: No, però si potrebbe fare. Ora un monitoraggio non c'è. Noi ora siamo lì da un mese o poco più, da fine gennaio, noi tre, e i cinque anni precedenti non abbiamo elaborato linee guida, stando all'indicazione che si dovesse evitare, ma non di più. Molto generico. E poi soprattutto non siamo riusciti a monitorare, perché lo fai solo se ti danno loro il dato. Il dato è in cartella ma non è tra quelli...

*I - Non è tra quelli che loro devono trasmettere in automatico...*

Corbascio: No, esatto, tu puoi chiederlo, quante volte hai contenuto quest'anno e per quanto tempo, e loro devono andare a vedere nelle cartelle e darti il dato.

*I - Credo sia significativo che in una Regione non sia predisposto un monitoraggio...*

Corbascio: Lo faranno forse in Emilia Romagna ma perché hanno le linee guida.

E quindi cosa è realistico fare, soprattutto in realtà metropolitane, dove il passaggio repentino al *no restraint* non sembrerebbe essere reso possibile da condizioni culturali, politiche, economiche o strutturali? Sangiorgio offre una risposta in linea con la posizione riferita poc'anzi: piuttosto che rimanere in una posizione di attesa che qualcosa cambi, prospetta una gradualità di processo per quelle realtà non ancora pronte a recepire, o comunque a rendere immediatamente operativa, la proposta del *no restraint*. In una prospettiva che prevede l'eliminazione della contenzione dalle aree metropolitane in progressione (Sangiorgio, 2010), l'attivazione di un sistema centralizzato di screening diagnostico che ponga riparo alla mancata conoscenza di ciò che accade nei reparti che praticano la contenzione è per lui il passaggio preliminare, indispensabile affinché ci possa interrogare sulle cause del ricorso alla contenzione per arrivare, infine a porvi rimedio. Senza questo tipo di conoscenza, gli operatori non potrebbero rendersi conto di ciò che realmente accade e del perché accada. Senza una conoscenza sistematica e trasparente al riguardo, non sarebbe possibile confidare sulla formazione di una coscienza pubblica che possa mettere precisamente a fuoco gli aspetti per i quali indignarsi.

In effetti, troppi buchi neri in questa nostra indagine preliminare non ci hanno consentito di stimare con un livello di attendibilità accettabile quale sia l'incidenza media delle contenzioni nelle varie regioni italiane e neppure a livello nazionale. Finché queste lacune persisteranno sarà difficile poter mettere in atto qualsiasi forma di azione consapevole e mirata, volta a calibrare di volta in volta quali siano le strategie più efficaci da attuare in relazione alle variabili socio-demo-strutturali, a livello territoriale e di singoli SPDC. Si tratta di un percorso probabilmente lungo ma, dal punto di vista di Sangiorgio, necessario affinché, una volta riusciti ad eliminare la contenzione, non sia sostituita da altre pratiche coercitive, come avvenuto in Gran Bretagna, dove abolita la contenzione, è stata sostituita dalla *seclusion*, ossia dalla pratica di segregare in una stanza i pazienti più aggressivi. Independentemente dalla focalizzazione sulla contenzione, è un processo che necessita di essere implementato e reso sistematico ed esteso, ad ampio spettro, a tutti gli aspetti che compongono la

vita del personale e dei pazienti nei SPDC (e nei complessivi DSM). Questa sistematicità nel monitoraggio è resa ancor più necessaria se si considera quanto riferito a proposito della specificità dei reparti che ricorrono alla contenzione, ossia il fatto che siano caratterizzati dalle porte chiuse.

*I - Senta, e quali potrebbero essere secondo lei efficaci sistemi alternativi alla contenzione, se magari fosse possibile ricostruire una sensibilità così allargata ...*

Sangiorgio: Allora, io ne conosco due. Uno è conoscere quello che accade. Le persone devono sapere e devono verificare periodicamente, almeno una volta all'anno, che cosa hanno fatto del loro potere di coercizione sui pazienti. Sapere che alla fine dell'anno uno ha fatto trenta contenzioni, che sono durate duemila ore, o averne fatte invece dieci durate un'ora, è per un verso un elemento dissuasivo dal continuare a fare la contenzione, dall'altro un rinforzo premiante per chi ha fatto questo. Quindi, senza questa consapevolezza, che è una consapevolezza del significato forte che la coercizione ha nella vita delle persone. Perché se io non mi domando neanche cosa è accaduto, così come accade sistematicamente- cioè, in un reparto ci possono essere in un anno cento contenzioni per duemila ore - tutto questo finisce per essere il nulla. Cioè, la sofferenza del paziente, il trauma, la sofferenza dell'infermiere, l'aggressione subita dall'infermiere, i danni subiti, le paure, le angosce, lo stress... Se tutto questo non viene rubricato, allora tutto questo finisce per confermare questa condizione di impotenza assoluta e di inevitabilità della contenzione. Quindi il monitoraggio e che ci sia un *audit* costante e continuo. Cioè, i servizi devono avere la consapevolezza - cosa che noi abbiamo fatto - di domandarsi perché accadono certi fenomeni, metterli sotto osservazione, fare uno screening del percorso che ha portato alle contenzioni e domandarsi ogni volta cosa avremmo potuto fare perché non accadesse. Se non accade questo e quindi gli operatori che vengono sottoposti a queste condizioni non vengono supportati fortemente in questo processo, difficilmente le cose cambieranno. Terzo, è fondamentale che tutto questo non sia soltanto un fatto, come dire, individuale o di piccolo gruppo, ma coinvolga l'istituzione. Cioè se le istituzioni... l'ospedale, o per meglio dire la gestione ultima della vita delle persone, della salute mentale, non si pone il problema di valorizzare questo aspetto e quindi non ponga il problema di dire: "Se un reparto ha un certo numero di contenzioni, ha eventi avversi derivanti dalle contenzioni, ha proteste su questo, tutto questo deve diventare materia per la valorizzazione". Quindi, gli operatori devono essere posti nella condizione di essere valorizzati, su questo piano, sulla base di una questione fondamentale che è la qualità dei servizi. Deve essere comunque riconosciuta e valorizzata, e non può essere fatta soltanto in termini personali, ma deve essere in termini socialmente evidenti, anche riconoscendo per esempio che ci sia un premio di produzione per chi riesce ad ottenere certe condizioni. Cioè, se questo non viene riconosciuto dall'azienda, per cui l'azienda dice "A me che me ne importa se quello viene legato, tu ti stai a lamentare mentre ci sono solo due infermieri, ma legalo il paziente!" E allora, voglio dire, se mancano queste tre condizioni: monitoraggio, audit, una verifica istituzionale su questo, queste situazioni avranno sempre molta difficoltà ad affermarsi, almeno voglio dire qui nelle aree più calde...

Indizi di validità della proposta di Sangiorgio ci sono. Come evidenziato nel cap. 2, a livello internazionale, è dimostrato che l'esistenza del monitoraggio e delle linee guida scoraggi il ricorso indiscriminato alla contenzione e renda meno probabili anche le forme di abuso, in relazione alla durata e ai monitoraggi continuativi da attuare sullo stato di salute delle persone contenute. Anche a livello italiano, come ha sottolineato il funzionario Ministeriale Di Fiandra, se esistono regioni virtuose dal punto di vista del contenimento della contenzione, è probabilmente addebitabile all'esistenza di linee guida che prescrivono in primo luogo un accurato monitoraggio. È il caso della regione Emilia Romagna. Le linee guida, predisposte dalla Regione (Circolare 16/2009) in attuazione della Conferenza regionale sulla Salute mentale e del Piano attuativo salute mentale 2009-2011, tra tutte quelle predisposte nei vari territori regionali, sono le più analitiche. Inoltre, come è possibile evincere dalla premessa alla stessa circolare, qui di seguito riportata, che costituisce il punto 2.e. della Parte II del Piano attuativo, l'azione congiunta da intraprendere è una costante opera di monitoraggio regionale e il fine ultimo dichiarato è agevolare il superamento (progressivo) della contenzione meccanica:

Le pratiche di contenzione devono essere limitate a casi di estrema necessità, nell'esclusivo interesse della incolumità del paziente e delle persone del contesto immediato (altri pazienti, visitatori, operatori, etc.).



Devono essere rigorosamente formalizzate, secondo protocolli rivisti periodicamente e regolarmente mantenuti. Molteplici esperienze locali dimostrano che il rigoroso rispetto di questi principi consente di ridurre l'uso della contenzione fisica a circa 2-3 episodi al mese per SPDC. Esistono in regione anche SPDC in cui la contenzione non viene praticata, in ragioni di accorgimenti organizzativi e dotazioni strutturali particolari. A tal fine viene istituito un apposito gruppo di monitoraggio del fenomeno su tutti i SPDC regionali che relazionerà annualmente sul suo andamento e che al termine del periodo di applicazione di questo piano dovrà fornire indicazioni circa la possibilità di un completo superamento di tale pratica, senza rischi di incolumità del paziente e del suo contesto.

Se questo regolamento regionale punta a una graduale riduzione degli episodi di contenzione e dei danni correlati, fino ad auspicarne un totale superamento, per il Presidente del Club *no restraint*, non c'è dubbio, la soluzione è che la contenzione meccanica sia dichiarata incostituzionale, anche sollecitando le denunce da parte dei soggetti che hanno vissuto questa esperienza, e che i Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura in tutta Italia sposino il modello del *no restraint*, adottato per ora solo da una quota residuale di SPDC in Italia.

È in una direzione coerente con questa indicazione che si è mossa Grazia Serra, la nipote di Francesco Mastogiovanni, che ha riportato il caso di suo zio come testimonianza per l'esame della proposta di legge finalizzata all'introduzione del reato di tortura nell'ordinamento giuridico italiano, in ottemperanza a un obbligo assunto dall'Italia, sottoscrivendo la Convenzione di New York del 1984 contro la tortura e i trattamenti inumani e degradanti e di altri atti internazionali (ad es., Convenzione Europea dei diritti umani, che di recente ha comportato la condanna dell'Italia per i gravi pubblici abusi del G8 di Genova del 2001).

Proprio questa assimilazione formale della contenzione alla tortura – parola spesso utilizzata dai nostri intervistati e da vari scritti per caratterizzare la contenzione meccanica – potrebbe essere un'efficace e tempestiva soluzione per abolire e sanzionare la contenzione, senza introdurre un riferimento di legge esplicito. Se non fosse che, come Luigi Manconi ha palesato a più riprese, il testo di legge per sanzionare penalmente il reato di tortura, che è stato approvato nel mese di aprile 2015 alla Camera, per quanto costituisca un indubitabile passo in avanti, è per molti versi insoddisfacente. Rispetto alla proposta depositata e avanzata in Senato dallo stesso Manconi, il decreto approvato depotenzia precisamente la possibilità di incriminare gli abusi perpetrati da chi esercita pubbliche funzioni e/o in rapporti di autorità che non prevedano la simmetria di potere (genitori-figli, insegnanti-discenti, medici-pazienti, forze dell'ordine-cittadini-detenuti,...). L'estensione generica del reato di tortura indistintamente a tutti i cittadini rischia nuovamente di lasciare in ombra le forme di abuso di autorità, come quelle che avvengono a porte chiuse in diversi SPDC, e di lasciare inevase le richieste di tutela dei diritti umani che la Comunità europea ha a più riprese indirizzato verso lo Stato italiano.

Nella sospensione di questo mobile spartiacque normativo tra ciò che è, ciò che dovrebbe o potrebbe essere, non resta che chiedersi, in chiusura di questo capitolo, cosa ostacoli l'affermazione di un modello alternativo alla contenzione.

## **3.6. Fattori ostativi: cosa contribuisce a negare il diritto dei pazienti psichiatrici a non essere legati.**

### **3.6.1. La memoria negata: discontinuità rispetto al progetto basagliano di deistituzionalizzazione del malato psichiatrico**

La caratterizzazione dell'SPDC che sembra essere emersa da queste pagine, piuttosto che a quella di un *vero* reparto ospedaliero, è molto più vicina all'immagine di una istituzione totale, che invece avrebbe dovuto dissolversi con la legge 180/1978 e la chiusura degli ospedali psichiatrici. È opportuno quindi volgere lo

sguardo a ritroso, cercando di comprendere, con il supporto degli esperti intervistati, quali effetti voluti e non intenzionali abbia avuto nel tempo il progetto di deistituzionalizzazione del paziente psichiatrico, avviato da Franco Basaglia e dal suo gruppo, e soprattutto cosa sia rimasto nella memoria collettiva e psichiatrica - e come si sia tradotta nella pratica - l'intenzione di fondo di restituire a chi soffre di disagio psichico la dignità violata.

A questo livello, non ci si può esimere dal chiedersi quale ruolo abbia avuto la rivoluzione culturale in psichiatria, operata da Franco Basaglia che ha condotto alla chiusura degli ospedali psichiatrici e alla legge 180 del 13 maggio 1978, rispetto alla delegittimazione delle pratiche coercitive nella cura dei pazienti psichiatrici.

A questo livello, le opinioni degli psichiatri intervistati divergono in modo rilevante e questa diversa interpretazione della riforma psichiatrica varia in funzione del proprio percorso professionale, ma anche di quale sia la propria posizione nei confronti delle pratiche coercitive. In generale chi non ha una formazione direttamente collegata all'esperienza di Basaglia, opera in contesti o dirige SPDC in cui della contenzione meccanica se ne fa uso. In continuità con questo vissuto, nell'esperienza che ha condotto alla chiusura degli istituti manicomiali questi stessi soggetti ravvedono una ingenuità di fondo che ha indotto a sopravvalutare le probabilità di riuscire a restituire ai pazienti psichiatrici la dignità e la libertà che le pratiche coercitive degli istituti manicomiali aveva fino ad allora sottratto loro. È il caso di Sangiorgio che, essendo uno dei massimi esperti di ricerca svolta sull'argomento, oltre a ricoprire un ruolo di rilievo nei DSM ed essere stato a lungo Dirigente dell'SPDC di Frascati (Rm), solleva il dubbio che l'istituto del TSO, introdotto proprio dalla legge 180, abbia in qualche modo costituito un espediente per reintrodurre l'esercizio di quelle pratiche coercitive manicomiali anche nei reparti ospedalieri. Proprio il sentimento collettivo di una riuscita umanitaria della riforma avviata, seppure non intenzionalmente, avrebbe giustificato la cortina di silenzio che avvolge la contenzione a livello di opinione pubblica, che si estende nella cerchia di specialisti e che persiste anche laddove la ricerca scientifica si impegna a documentare precisamente gli effetti e gli abusi ad essa associati:

Sangiorgio: Mah, paradossalmente la cultura psichiatrica riformista, quella di direzione basagliana, ha contribuito ad oscurare il fenomeno (...) perché partendo dall'assunto che la rivoluzione basagliana avesse, come dire, sbaragliato il manicomio, non si è mai posto il problema che quel manicomio potesse rinascere o fosse rinato e si perpetuasse tra le maglie della stessa legislazione più riformata. Per cui per tutti gli anni '80, gli anni '90, e parte degli anni più recenti, il fenomeno della contenzione, che pure è presente e diffuso nella maggior parte dei servizi, dove spesso la gestione è affidata a persone di cultura, diciamo, riformista e basagliana, nonostante la loro origine, nonostante la loro provenienza, nonostante la loro condanna, difatti il fenomeno è stato mantenuto. Mantenuto, e non dico nascosto, perché non c'è stata nessuna forma deliberata di voler nascondere il fenomeno, ma non se ne è parlato. Perché, in qualche modo, la contenzione oggi rappresenta il fallimento di una ideologia rivoluzionaria che era quella, appunto, di Basaglia, che pensava che tutto si sarebbe risolto semplicemente chiudendo i manicomi. Difatti, questa ipotesi che la chiusura dei manicomi portasse alla fine della sopraffazione e della repressione nei confronti dei malati di mente, è un'ipotesi che risulta completamente fallita. E lo prova il fatto che non solo in Italia, ma in tutti i paesi d'Europa istituzioni chiuse, coercizione, contenzione sono un problema aperto, di cui si fa difficoltà a parlare. L'esempio più clamoroso è lo studio *Eunomia*<sup>49</sup>, che è uno studio del 2010, il quale ha messo in evidenza che in tutti i paesi europei - i più civili: Germania, Francia, Italia, Olanda- l'uso della contenzione è un fenomeno, come dire, diffuso. Con livelli di gravità notevoli, perché si parla del fatto che dal 30 al 50% dei pazienti in TSO, in Trattamento sanitario obbligatorio, nei reparti psichiatrici di tutta Europa, della civilissima Europa, i pazienti possano essere contenuti a letto, o messi nei cosiddetti letti-gabbia, oppure semplicemente messi in una condizione di *seclusion*. Questo studio, che apparentemente ha messo in luce un grave fenomeno, lungi dall'essere stato un

.....  
49 Si tratta di un progetto europeo, coordinato dalla Germania. Il progetto EUNOMIA ha condotto uno studio analitico usando un approccio naturalistico in 12 regioni di 12 paesi europei. Sono stati raccolti dati sulle pratiche coercitive, sulle loro influenze e sui risultati. È stata attivata una metodologia qualitativa composta da due cicli di feedback con tutti i centri. In questo modo è stato possibile inviare norme cliniche comuni per le misure del trattamento coercitivo. Queste raccomandazioni hanno anche considerato una serie di problemi importanti con lo scopo di migliorare la qualità delle procedure a vantaggio del paziente. Ad esempio, le raccomandazioni per il ricovero ospedaliero coatto includevano le pre-condizioni, i professionisti/le persone coinvolte, i problemi etici e pratici in riferimento alle procedure e alle altre persone. Si spera di raggruppare le migliori pratiche cliniche per il trattamento psichiatrico coercitivo per una vasta distribuzione delle informazioni. Il report può essere visionato al seguente link: [http://cordis.europa.eu/result/rcn/43448\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/43448_en.html)

motivo per poter aprire gli occhi alla cultura psichiatrica europea, li ha fatti chiudere. Perché se noi andiamo alla ricerca, su Internet, di quelle che sono, diciamo, le risposte, le reazioni, lo scandalo prodotto da questo studio, vedremo che il numero di studi che parlano di *Eunomia* e di questi risultati sono vicini allo zero. Cioè, uno studio che doveva in qualche modo mettere in condizione di consapevolezza della gravità del problema, e quindi mettere insieme, anche, gli psichiatri, le forze sociali, le forze diciamo, più disposte a una tutela dei diritti delle persone, di fatto non ha avuto nessun tipo di reazione. Ancora oggi, quando vado alla ricerca, su Internet, di articoli relativi alla ricerca *Eunomia*, trovo articoli che sono semplicemente ridicoli, perché parlano di tutt'altra cosa piuttosto che della contenzione, della sua diffusione e dei metodi con cui viene esercitata. Come dire: esiste una tendenza fortissima, esisteva ed esiste, a negare l'esistenza di questo fenomeno.

Lorenzo Toresini, che ha invece iniziato a lavorare nel 1971 a Trieste, sotto la direzione e la formazione di Franco Basaglia, riconosce che la storia che ha fatto da preludio alla legge 180 esprime una forte coscienza civile e un impegno intenso in difesa dei diritti connessi alla salute mentale. Tuttavia, è interessante notare come anche dal punto di vista di un basagliano sia maturata la consapevolezza di come l'intervento legislativo da solo non possa essere sufficiente a garantire al paziente psichiatrico una qualità delle cure che non preveda la privazione della libertà. Da questo punto di vista e diradando, in modo proattivo, il pessimismo insito nelle conclusioni di Sangiorgio, occorre puntare sulla creazione di una coscienza collettiva condivisa, in modo tale che la cultura del *no restraint* non appaia come un *deus ex machina*, calato dall'alto, come invece, almeno in parte, avvenne con la disposizione che imponeva la chiusura degli istituti manicomiali.

*I - E dunque perché? Abbiamo già detto in parte ... possiamo proseguire anche lungo questo filone ... perché secondo te l'abolizione delle pratiche di contenzione meccanica, che avrebbe potuto costituire una prosecuzione naturale della 180, della riforma Basaglia, a tuo avviso non si è realizzata? Cosa è accaduto, che ha fatto sì che non ...*

Toresini: Eh, questa è un'analisi abbastanza interessante, su cui sarebbe interessante fare un lavoro di gruppo, per capire del perché non si sia realizzato. Mah, un po' è successo che la legge 180 fu, in fondo, una legge top-down, no? calata dall'alto, in cui lo Stato si prese quest'impegno e lo impose agli psichiatri, che non erano pronti, non erano preparati, molti... la grande maggioranza non condivideva ... La legge 180 fu ... le corrispose un paradigma che era stato inventato da una minoranza di psichiatri, insomma. Poi è anche un dato di fatto insomma, che sono le minoranze che fanno la storia, no? Io sto in una città che è diventata italiana grazie a un irredentismo che fu una storia di minoranza. La città di Trieste non fu tutta irredentista, anzi. Era austriaca, Trieste, quella volta. E così è stato, insomma, no? Il Risorgimento, eccetera. Quindi, sono le minoranze che fanno la storia. La maggioranza si è adeguata pian pianino. Tutta è stata una cosa così, insomma, no? Mi ricordo subito gli anni dopo il '78, negli anni '80, ci furono vari tentativi di controriforma della 180, che poi sono andati avanti nel ventennio berlusconiano eccetera. E ci fu una richiesta da parte del ministro, se ben ricordo, alla SIP, la Società italiana di psichiatria, di cosa ne pensasse sulla legge 180. Quella volta quasi per caso ci fu un professore di Verona, Matteo Balestrieri, che non era uno molto avanzato, che però, siccome albergava nel suo team Michele Tansella, ecc., che era uno con cui ero in contatto, era stato influenzato, e come presidente della Sip rispose al Ministro dicendo che andava bene la legge 180. Però siamo arrivati sul filo del rasoio, insomma, sul filo di lana, quasi quasi...

*I - Certo, il tentativo era di ...*

Toresini: Eh certo ... Per cui, un conto è scrivere la legge, come quello che ho detto prima. Si scrivesse una legge sul divieto di contenere... il problema è che un conto è scrivere la legge, un conto è maturare le coscienze, e quindi maturare le pratiche. In maniera diffusa. Per cui è più efficace, io credo, diffondere un provocazione culturale e pratica, come quella del club dei SPDC, che quello di scrivere una legge. Rischia di rimanere un pezzo di carta, tante volte, una legge.

In uno suo scritto pubblicato online, con un tono forse più amaro, lo stesso Toresini, alla luce della situazione attuale, tratteggia un bilancio dell'esperienza basagliana, per come (non) è stata recepita, decisamente negativo, enfatizzando in particolar modo la sopravvivenza della contenzione, laddove il gesto primigenio di Basaglia, che diede avvio alla sua straordinaria esperienza di riforma, fu precisamente quello di rifiutare

categoricamente, una volta approdato nel 1961 all'ospedale di Gorizia, di firmare i registri in cui erano riportati gli episodi di contenzione di quel fatidico giorno. Nonostante la tenacia di Basaglia e dei medici che si sono ispirati al suo operato o che sono stati direttamente formati da lui e nonostante l'impegno della *Fondazione Franca e Franco Basaglia* a mantenere viva la memoria, la situazione attuale suggerisce che "la liberazione dei folli" non possa dirsi compiuta e che la contenzione meccanica costituisca uno dei residui manicomiali più ingombranti lungo questa traiettoria.

"La riforma psichiatrica italiana, nel suo realizzarsi via via in questi 28 anni, dal 13 maggio 1978 ad oggi, ha tuttavia in una quota parte perso il suo significato e il suo valore originario: quello della liberazione dei folli. Ma non liberazione in senso astratto, o simbolico, o ancora di emancipazione vagamente economica, tramite l'inserimento lavorativo, o forme simili che tutti evidentemente oggi condividono. Si tratta della liberazione primigenia, quella dalla contenzione nei letti di ospedale, segnatamente di ospedale civile. Chi scrive non ritiene che la legge 180 – 833 sia stata un fallimento, anzi, né che ne sia fallita *tout-court* l'applicazione pratica. Il Mondo si sta muovendo oggi verso il superamento, lento e graduale seppure inesorabile, dei manicomi. E tutto questo è nato dal gesto primigenio di Franco Basaglia di non convalidare le contenzioni *a tappeto* e *per partito preso*. Tuttavia, se c'è un aspetto di questa storia che non sta funzionando è proprio il fatto che, nella stragrande maggioranza dei casi, i SPDC hanno finito per rappresentare il ricettacolo di tutte le vecchie abitudini manicomiali, rappresentandone in Italia la continuità sotto mentite spoglie" (Toresini, 2007).

C'è poi chi, come l'ex dirigente di SPDC nel torinese, Domenico Giacomini, ipotizza che la riforma di Basaglia sia stata recepita e applicata solo selettivamente e che il progetto possa dirsi compiuto, nella sua integrità, solo a Trieste, dove di fatto Franco Basaglia operò direttamente, contribuendo alla costruzione di un clima socio-culturale, piuttosto che limitarsi ad applicare nelle strutture psichiatriche le proprie idee, in qualche misura rivoluzionarie per la medicina italiana, se non mondiale. Ciò che lo psichiatra intervistato, ora in pensione, ravvede attraverso le lenti della propria esperienza è una degenerazione della situazione prospettata dalla legge 180, che sembra configurarsi come un mix di coercizione e violenza e che si riallaccia al discorso sul forte nesso, esistente nella realtà fattuale, tra ricovero coatto (TSO) e contenzione.

Giacomini: Sì, poi ho visto portare al *Mauriziano* dei pazienti ammanettati e quella è un'altra forma di contenzione meccanica, e le dirò che dai primi anni della 180 quando erano i vigili urbani a gestire i TSO siamo poi arrivati a una sorta di degenerazione o grave disattenzione, per cui il paziente acuto che si rifiuta di andare in ospedale e che non accetta da subito le direttive che gli vengono impartite viene a volte anche ammanettato e portato a forza con le volanti della polizia. Quindi man mano che la psichiatria è uscita dalla dimensione dell'alternativa all'ospedale psichiatrico o dalle primissime esperienze della gestione di reparto aperto, la psichiatria a Torino come credo in gran parte della aree metropolitane è andata incontro a delle deformazioni e degenerazioni. I fattori che giocano poi sono diversi

*I - Sui fattori poi magari ci soffermiamo... ma a proposito di quanto sta dicendo si può dire che c'è una parte della riforma basagliana che, in questo senso, non è compiuta, se ancora ci ritroviamo questa problema della contenzione?*

Giacomini: Sì sicuramente sì, è così. Io ho visto solo a Trieste l'applicazione della 180 per come Basaglia e i basagliani l'hanno pensata. Non ho trovato altre dimensioni di psichiatria in ambito metropolitano dove fosse applicato quel modello.

Il recupero della memoria negata della rivoluzione psichiatrica operata da Franco Basaglia e dal suo gruppo, come anche la memoria di cosa avvenisse nei manicomi rappresenta per gli operatori del Terzo Settore un antidoto efficace per colmare lo iato esistente tra i servizi territoriali istituzionali e il volontariato, che spesso supplisce alle carenze del pubblico, avendo ben presente la necessità di bandire qualsiasi residuo neomanicomiale. Il "territorio di mezzo" da co-costruire è uno spazio sociale in cui le famiglie e i pazienti possano confidare su risorse umane e professionali che consentano di prevenire e evitare i ricoveri e di scongiurare che lo stato di salute psichica precipiti al punto da dover essere "gestito" con la forza e la violenza:

Enrico: Io penso che bisognerebbe fare un lavoro di memoria storica, un passaggio generazionale e esistenziale,

c'è una infornata di nuovi professionisti che nemmeno sanno cos'era un manicomio, ci sono lacune gravi ed è grave non passare per la storia.

*Alberto:* Anche l'altra volta avevamo parlato di questa dinamica, da un lato c'è la casa e dall'altro lato c'è l'ospedale, e in mezzo non c'è quasi più nulla, c'è Arcobaleno, però man mano che questi due poli si allontanano e non c'è nulla in mezzo aumenta la possibilità di TSO e di contenzione, non c'è nessun territorio di mezzo (...).

### **3.6.2. L'isolamento del no restraint: tra resistenze psichiatriche, accuse di ideologismo e incommensurabilità di paradigmi**

Si è già reso conto di come il modello di cura messo concretamente in atto dai SPDC *no restraint* potrebbe difatti essere un'alternativa alla contenzione. Ma cosa condiziona l'incidenza decisamente minoritaria dei circa 20 SPDC *no restraint* rispetto agli oltre 300 SPDC nazionali?

Una ragione importante, già ampiamente espressa nei precedenti paragrafi, è legata all'interdipendenza che l'SPDC ha rispetto ai servizi e alle reti territoriali, di modo che solo le regioni complessivamente più virtuose, dal punto di vista del funzionamento interno dei DSM, riescono evidentemente a transitare dal *restraint* al *no restraint*.

Tuttavia, l'impressione che in questo lavoro di studio e ricerca abbiamo recuperato è che *restraint* e *no restraint* si collochino in una posizione che Thomas Kuhn (1962/1970; tr. it. 1978) avrebbe definito di *incommensurabilità tra paradigmi*. Proprio l'incomunicabilità tra due paradigmi psichiatrici, determinata dal fatto di avvalersi di due *Gelstat* alternative, porterebbe i medici che aderiscono ai due modelli di diagnosi e cura – sempre richiamandoci a Kuhn – a vedere due cose differenti anche quando rivolgano lo sguardo verso il medesimo punto. Effettivamente (quasi sempre), nessuna delle due visioni nega il carattere deplorabile della contenzione meccanica, ma si accusano reciprocamente di adottare visioni ideologiche, quindi posizionate al di fuori della scienza. In effetti, la posizione *restraint* si ostina a decretare il carattere ineluttabile di questa pratica e l'altra, anche avvalendosi della sperimentazione di nuovi modelli di cura e sfidando la prassi consolidata di cura, si affanna a dimostrare che non contenere è *possibile*. Probabilmente, alla base dello scetticismo verso il *no restraint* si è radicalizzato qualcosa di più di un immediato riconoscimento delle differenze che caratterizzano i territori in cui ciascuno dei due modelli assume una posizione dominante. Proprio nel paragrafo precedente si è dato conto di come la rivoluzione psichiatrica basagliana sia stata recepita solo selettivamente. Precisamente, all'interno dell'esperienza concretamente agita da Basaglia e dal suo gruppo, prima ancora che nella proposizione di una riforma dei servizi psichiatrici, vi è appunto il disegno di un paradigma con cui ri-leggere e re-interpretare la malattia mentale, indossando lenti diverse, rispetto a quelle fino ad allora adottate. Nessuno, credo, smentirebbe che praticare in modo routinario la contenzione significhi non solo aver smarrito quelle lenti, ma averle infrante irrimediabilmente.

Non è giustificato, altresì, accusare di ideologismo, il *no restraint* fintantoché la validità del suo paradigma sia affermata in modo non aprioristico, quanto semmai attraverso la forza empirica dei fatti, lavorando quotidianamente in regime a porte aperte e senza ricorrere alla contenzione meccanica.

Casomai, con un maggior grado di plausibilità, si può avanzare l'ipotesi, come fa Sangiorgio, nel successivo brano di intervista, che non sia semplicemente una questione di diverso funzionamento dei servizi nei DSM che a livello territoriale determina una maggiore o minore probabilità di ricorrere alla contenzione, ma anche di una cultura più generale e di variabili strutturali che renderebbero, nel contempo, più o meno praticabile, nell'immediatezza delle contingenze, il modello del *no restraint*.

*Sangiorgio:* Sì, ritengo che ci siano delle condizioni molto diverse: in primo luogo credo che ci sia una volontà ferma, coraggiosa e illuminata da parte di organizzatori, e penso soprattutto a quei primari che hanno, come

dire, sposato l'idea che la psichiatria possa essere anche gestita senza coercizione e che impegnano tutte le loro risorse per poter realizzare queste condizioni. Questo non è un lavoro da poco perché richiede, al di là della volontà individuale, il coinvolgimento di tutti gli operatori di una struttura come il reparto. In nessun SPDC è possibile evitare o eliminare o fare a meno della coercizione fisica e violenta, com'è la contenzione, senza che ci sia la volontà di un gruppo che sia bene organizzato, affiatato, come dire, alimentato culturalmente e ispirato moralmente per poter realizzare queste condizioni. Quindi sono condizioni radicalmente, come dire, elitarie, e lo dico non solo per poter cogliere un elemento positivo, ma anche un elemento negativo. Perché queste condizioni, per esempio, non sono possibili generalmente nelle situazioni metropolitane. Sono situazioni che si sono verificate in Italia, così anche in altre parti del mondo giusto per la presenza di condizioni soggettive e oggettive estremamente favorevoli. Tra le condizioni soggettive, per esempio, io ritengo il fatto che a Trieste si sia potuto gestire SPDC senza contenzione, e la stessa cosa a Bolzano, rappresenti anche il frutto di una realtà sociale, economica, culturale, favorevole a che questo possa realizzarsi. E non solo perché esiste una, come dire, tutela dei diritti e un ambiente culturalmente, diciamo, più progressivo, ma perché anche da un punto di vista di quelli che sono i fattori di rischio che oggi esistono a Bolzano, a Trieste, a Caltanissetta, rispetto a quelli che esistono a Roma, rappresentano una differenza radicalmente diversa. Cioè, io credo che sia sicuramente possibile fare un SPDC free restraint, cioè libero dalla contenzione, a Bolzano. Farlo in una realtà come quella romana, o quella piemontese o quella lombarda, ritengo che diventi pressoché impossibile.

Si tratta di un'ipotesi che andrebbe comunque convalidata e che si scontra almeno con una constatazione, già precedentemente riportata attraverso le parole di Toresini, ossia che in una metropoli come Roma un basagliano come Renato Piccioni fosse riuscito nell'SPDC dell'ospedale *Addolorata* a istituire un sistema (quasi)<sup>50</sup> no restraint. Tuttavia, a testimonianza della già argomentata importanza dei riferimenti etico-teorici cui ciascun Dirigente sanitario aderisce, una volta andato in pensione Piccioni si sono istituite anche in quel reparto le pratiche più coercitiva come la contenzione meccanica. Dunque, la *volontà* del non legare i pazienti – menzionato da Sangiorgio ad esordio del brano appena riportato e cui ha fatto riferimento lo stesso Toresini in vari momenti dell'intervista – andrebbe forse ricondotta a monte, come si stava argomentando, ad una differenza di paradigma psichiatrico che, nel caso degli psichiatri *no restraint*, si ispira alla rivoluzione scientifica, avviata - ma non conclusasi – da Basaglia e dal suo gruppo. Proprio contro ogni accusa di ideologismo, Toresini nel corso dell'intervista tiene a prendere le distanze con fermezza dall'antipsichiatria, per quanto ne condivida alcuni punti fondamentali che hanno ispirato lo stesso Basaglia.

Se il riferimento del paradigma *no restraint* è sostanzialmente molto prossimo al modello di psichiatria tratteggiato da Basaglia e dal suo gruppo, nell'altro caso, come a più riprese argomenta Corbascio, il riferimento è a un paradigma *bio-genetico* che, oltre a negare qualsiasi speranza di guarigione definitiva, si sposa perfettamente con la tesi portante della posizione "*restraint*" circa il carattere ineluttabile della contenzione. Contro il paradigma dominante, occorre persistere nel tentativo di contaminarlo e di svelarne le anomalie, anche quando far dialogare e "miscelare" esperienze tanto diverse sembrerebbe difficile:

*I - Alla luce di quanto ha detto, possiamo affermare che in Italia oggi c'è un paradigma bio-genetico dominante...*

Corbascio: Sì, tranne situazioni esemplari, l'accademia non è stata toccata da una cultura diversa, forse Tansella a Verona, ma è morto pure lui un mese fa, qualcosa in Toscana, a Napoli ma invece in Piemonte l'università è... E poi Trieste, ovviamente, Trieste è un modello, loro cercano di esportare ma sono una situazione particolare, io ho massima stima di Peppe dell'Acqua e loro, ma sono difficili da miscelare...

Proprio in questa direzione, si continua a muovere, fin dagli esordi, l'impegno del Club dei SPDC *no restraint*, che annualmente organizza convegni nazionali, che ha una sua pagina Facebook, che promuove

.....  
50 Il dubbio che nel reparto diretto da Piccioni il ricorso alla contenzione, per quanto molto raro non fosse assente, è avanzato, durante la sua intervista, da Sangiorgio. Sarà nostra cura, nei prossimi passi della nostra ricerca, provare ad intervistare Renato Piccioni per poterci avvalere della testimonianza diretta della sua esperienza che, per le ragioni, emerse – e non tanto in un'ottica indiziaria – sarebbe cruciale per ricostruire quanto accaduto nel reparto psichiatrico dell'*Addolorata*. Particolarmente significativo sarebbe ricostruire le ragioni, di diversa natura, del passaggio da un regime di non- o semi-contenzione, durante il suo mandato, ad uno di contenzione.

continuativamente pubblicazioni di disseminazione della visione e delle pratiche esemplari, interne a un paradigma che, per quanto minoritario, gode di un crescente consenso e presenta un rilevante potenziale di attivare un cambiamento diffuso di medio e lungo termine nella psichiatria italiana. Il disegno di Toresini, come lui stesso più volte ripete nel corso dell'intervista, è "fare dottrina" attraverso la traduzione del linguaggio della psichiatria nel gioco linguistico della giurisprudenza:

Toresini: Allora, qual è il problema? Il problema è che si lavora in isolamento, no? Anche a Merano abbiamo lavorato in un isolamento rispetto a Brunico, Bressanone e Bolzano. Poi lì c'è l'influenza della psichiatria dell'Austria, del Nord Tirolo soprattutto, delle cliniche psichiatriche universitarie di Innsbruck, dove c'era un docente forcaiolo, ecc., insomma. E quindi, siccome sapevo che c'è Trieste, sapevo che c'era Caltagirone, c'era Novara, ce ne erano insomma degli altri, ho detto: "Ma perché non cominciamo a fare dei convegni?". Per rinforzare la scelta dei miei collaboratori milanesi, organizzo il primo convegno a Merano. E la sala della Casa Basaglia a Merano, che nel frattempo aveva aperto e inaugurato, e gli altri sono quelli là, insomma. Vengono quelli ex di Arezzo – ad Arezzo c'era stata la questione Pirelli e insomma quelli di psichiatria... quelli che non legano... cominciamo a sistematizzare, dico, è importante che ci siano gli atti... Poi non sono riuscito ogni volta che ci sono questi convegni a far sì che venissero pubblicati gli atti, perché sarebbe importante che ci fossero tanti atti, in maniera che noi scriviamo in "psichiatresc scientifico", no? Poi, dopo i giuristi devono tradurre in "giuridichese dottrinario", perché i magistrati che leggono quello e non quello che scriviamo noi, evidentemente, cominciano a fare delle sentenze. E allora diventa dottrina, giurisprudenza. Questo è il mio sogno, insomma, era ed è il mio disegno...

### **3.6.3. Cosa scoraggia la pubblica indignazione: silenzio forzato o intenzionale?**

Giunti a questo punto dell'analisi, occorre chiedersi quali siano i fattori ostativi che a livello collettivo impediscono la pubblica indignazione nei confronti della contenzione nei reparti ospedalieri psichiatrici. Nel considerare le risposte a questo quesito dei soggetti esperti intervistati, il circolo si chiude e torniamo ai fattori culturali e alle rappresentazioni collettive del malato di mente (cfr. par 3.2.). La contenzione, a detta di tutti, non è al centro dell'attenzione dell'opinione pubblica, come anche delle istituzioni politiche e giuridiche. Sul perché, nonostante Basaglia, non vi sia stata alcuna forma di opposizione della società civile le forme più coercitive di trattamento dei pazienti psichiatrici nei SPDC, la risposta di Di Palma è esemplare, per le implicazioni sociologiche che reca con sé. Il "diverso", che non si attiene alle convenzioni sociali, deve esistere per preservare la forza delle norme. Che poi soffra e venga fatto soffrire anche nelle istituzioni che sarebbero deputate alla cura è anch'esso funzionale a preservare, nel cittadino metropolitano, un'immagine di sé come persona che, nel rinunciare alla propria "libertà di movimento" e nell'interiorizzare le contraddizioni sistemiche, ha guadagnato il diritto al benessere. Che poi si tratti di un benessere fondato sull'effimero, poco importa. Contenere, anche legando, chi non si adegua ad un determinato sistema normativo serve dunque anche a contenere il proprio senso di oppressione e di caducità e a credere di non potersi rompere, mentre il paziente internato sarà portato a credere di essere fragile come il vetro, per richiamare l'immagine suggestiva che lo stesso Di Palma richiama nel brano di intervista che segue:

*I - Quindi quali sono i fattori che ostacolano una regolamentazione diversa della contenzione? Nel senso che l'impressione anche da quello che dice è che sia tutto molto sotterraneo. Per quale motivo non si arriva a decidere e regolare diversamente questo fenomeno che esiste?*

Di Palma: Io credo che culturalmente noi non abbiamo superato, ma noi come società, non parlo dei giuristi né degli avvocati, né del legislatore, noi non abbiamo ancora superato il concetto manicomiale della psichiatria che è quello di tenere sotto controllo i soggetti diversi. E quindi questa cosa, anche al legislatore, non interessa molto sollecitarla dal punto di vista legislativo, non ha interesse a modificare la norma perché sa che va a toccare delle corde che fanno paura all'uomo della strada, perché quando uno ha una malattia psichiatrica è pericoloso, per posizione, anche se non è così nella realtà però poi succede questo. Noi non accettiamo facilmente la diversità. C'è stato il presidente della Corte Suprema USA, tale Huggs, morto nel 1948, quindi probabilmente parliamo del 1930, che ha detto una frase: "Se noi perdiamo il diritto di essere

diversi, perdiamo il privilegio di essere liberi”. Però questa cosa non passa tanto, perché, nonostante tutto, il diverso ti fa venire qualche dubbio: “Perché questa persona è diversa? Perché non si attiene ai canoni? Perché costringe me uomo della strada a riflettere sulla possibilità che esistano modi diversi di vivere, che esistano esigenze diverse?”. C’è un libro molto bello, sempre sull’esperienza manicomiale, di un tizio che è stato dentro, mi pare si intitoli *Il cavallo azzurro*, in cui si racconta di un soggetto convinto di essere di vetro che sta nel manicomio, siamo prima della legge Basaglia, e siccome ritiene di essere di vetro non vuole essere avvicinato da nessuno perché, credendo di essere di vetro, ha paura di rompersi, quindi quando qualcuno si avvicina si agita e quindi è un malato psichiatrico che viene riempito di farmaci, sta in un reparto psichiatrico, etc. Voglio dire, non è un soggetto pericoloso, ma se noi gli diamo una stanza con tutti i materassi intorno, in cui è tranquillo, perché se sbatte cade su una superficie morbida, non è una soluzione al suo problema, senza traumatizzarlo quotidianamente con farmaci che servono a sedarlo, tanto è uno che ha comunque passato la vita in manicomio, ma nessuno gli ha dato i materassi, gli davano gli psicofarmaci. Non lo avremmo curato, se era una malattia, ma nemmeno lo avremmo fatto soffrire tanto, questo dico io.

Sostanzialmente dello stesso avviso è Lorenzo Toresini, che sottolinea come nelle società contemporanee vi sia un bisogno endemico di capri espiatori, verso i quali dislocare la propria aggressività, per le frustrazioni vissute (Dollard et al. 1939; tr. it., 1967). A questo bisogno si connette strettamente quello di costruire la propria identità per differenza da qualche categoria sociale dalla quale si intende prendere le distanze. In questa cornice interpretativa, disegnata da Di Palma e Toresini, l’apparenza di libertà, tipica delle società post-moderne, nella illusione di autodeterminazione delle proprie scelte e del proprio destino, assume una consistenza (sempre apparente) fintantoché coloro i quali sottraendosi, seppure inintenzionalmente, alla morsa di quelle norme e convenzioni sociali che contribuiscono a rendere solo illusoria la libertà del cittadino post-moderno, continueranno ad essere legati.

Toresini: Secondo me, c’è qualcosa di estremamente attuale, nel presente, che è il bisogno di un capro espiatorio. O meglio, il bisogno di follia, da parte della società razionale o meglio ancora da parte della ragione, perché la ragione ha bisogno che ci sia la sragione – e non è un caso che il manicomio moderno sia nato con la Rivoluzione Francese, e quindi con il secolo dei Lumi eccetera, a mio modesto avviso - perché più esiste la sragione, più la sragione può essere definita pericolosa e in fondo la contenzione è il monumento alla sragione pericolosa, come l’OPG peraltro, e in questo modo la ragione si autolegittima. Come, *mutatis mutandis*, i ricchi hanno bisogno dei poveri per essere ricchi.

*I - O come lo straniero...*

Toresini: ... in qualche modo è il capro espiatorio sul quale riversare, in qualche modo, l’aggressività. C’è una famosa frase di Hitler che citai qualche settimana fa all’Istituto Italiano di cultura di Monaco, che diceva: “è dentro di noi. È meglio che sia fuori da noi, così sappiamo come combatterlo”. Se noi al posto dell’ebreo mettiamo il folle, è la stessa cosa.

*I - Se non avessimo nemici...*

Toresini: Quindi, questa è l’attualità del bisogno di contenzione, per cui la società non protesta. In una visione strutturalista, foucaultiana<sup>51</sup>, il fatto che ci siano dei soggetti deboli legati getta un’ombra su tutta quella collettività, evidentemente, no? La collettività è tutta legata, finché ci sono degli individui legati. Viceversa, la collettività si sente rassicurata dal fatto che esista la follia e che esista quindi la contenzione nei manicomi, eccetera. Ecco perché la chiusura del manicomio di Trieste, per un certo numero di anni gettò nell’insicurezza, no? Poi dopo l’abbiamo superato... l’ho raccontata stamattina, questa cosa. E questo è quello che sta succedendo con la 180 in Italia, salvo il fatto che le contenzioni sono sopravvissute, purtroppo. (...) C’è un famoso proverbio: “Matto da legare”. E i proverbi sono radicati, son ben radicati. Hai voglia a

.....  
51 Il riferimento a Foucault dà modo di segnalare due scritti dell’autore, cui si rimanda il lettore, che spiccano nel panorama della letteratura per la profondità sociologica con cui sono trattate molte delle questioni che sono emerse induttivamente quale oggetto del presente capitolo: *Storia della follia* (1961) e *Il potere psichiatrico* (2003).



superarlo questo radicamento nella coscienza collettiva!

*I - Un'immagine fissa, uno stereotipo...*

Toresini: Eh, lo stereotipo che riveste il significato di cui dicevo prima, il bisogno di matti da legare, che abbiamo tutti, insomma, intorno a noi. Finché ci saranno dei matti da legare, noi non saremo da legare.

Più pragmaticamente, la tesi che sembra, invece, suffragare ripetutamente Di Fiandra è che la contenzione meccanica, prima ancora che ignorata dall'opinione pubblica, non sia al centro dell'attenzione delle élite simboliche e, quindi, dei decisori politici. Lungo questa linea interpretativa, la cortina di silenzio che avvolge l'opinione pubblica potrebbe essere intesa come un riflesso del disinteresse che coinvolge, in modo pressoché generalizzato, i detentori del potere politico e culturale verso questa questione. Questa disattenzione è tanto più anomala se si considera che in ambito psichiatrico e giuridico il nodo della contenzione è, invece, oggetto di un corposo dibattito, che recentemente è approdato a due pubblicazioni di ampio respiro che meritano una specifica attenzione (Del Giudice, 2015; Rossi, a. c. di, 2015) e che trovano svariati punti di convergenza con i contenuti del presente report.

È poi significativo ricordare l'ipotesi avanzata da Sangiorgio, già richiamata nel paragrafo dedicato alla rivoluzione basagliana, secondo la quale la chiusura degli ospedali psichiatrici avrebbe prodotto un effetto perverso (non voluto) che è quello di aver sollecitato, nell'immaginario collettivo, la credenza secondo la quale una volta chiusi gli ospedali psichiatrici sarebbero state automaticamente dismesse tutta una serie di pratiche coercitive, come la contenzione meccanica. A indiretto supporto di questa ipotesi, da quando abbiamo iniziato a condurre questa indagine, abbiamo personalmente più volte parlato di contenzione ai nostri amici, colleghi e conoscenti. La reazione più comune è stata di incredulità, come a dire: "ma esistono ancora queste cose?". Altre volte, la risposta al nostro invito a riflettere è stato un silenzio assordante, che parla di quanto sia difficile richiamare l'attenzione su un diritto, quando a violarlo siano persone specializzate, deputate a curare la salute e implicitamente autorizzate a tale violazione e quando il soggetto violato sia, nella rappresentazione collettiva, "matto da legare", ingestibile, socialmente pericoloso, anomicamente non in linea con il sistema morale e normativo che regola la vita collettiva e, come tale, da tenere lontano fisicamente, dalla propria sfera emotiva, cognitiva e di azione. Non muta in modo sostanziale lo stato delle cose a livello di opinione pubblica il fatto che, come emerso progressivamente, la contenzione meccanica sia in antitesi rispetto a qualsiasi riferimento etico e costituzionale di rispetto del malato e della propria libertà personale, che si ponga in rapporto di aperta collisione con il giuramento di Ippocrate dei medici e con qualsiasi codice deontologico delle professioni medico-infermieristiche, che i pareri esperti e la letteratura convergano nel negarne il carattere terapeutico e nel riconoscerne i pesanti effetti negativi sulla salute del paziente, che eclatanti eventi di cronaca abbiano richiamato l'attenzione sui rischi che la negligenza nel farne uso possa condurre addirittura al decesso di pazienti. Tutti questi argomenti rimangono solo potenzialmente efficaci nel risvegliare il pubblico dissenso. Ammesso siano elementi di realtà conosciuti (e non lo sono affatto in modo esteso), rischiano di avere risonanza nell'immediato ed episodicamente, senza però riuscire, nella maggior parte dei casi, ad abbattere tra i cittadini contemporanei lo spesso e solido muro che la cultura psichiatrica e mediatica, nonché la più generalizzata e ancestrale costruzione del tabù della follia (Foucault, 1972), hanno edificato tra chi ragiona e chi è relegato, senza diritto di revoca, nel dominio dell'irrazionale.

In effetti, come argomenta Di Palma, oggi ridestare l'attenzione della pubblica opinione e delle élite simboliche sulla violazione dei diritti dei malati psichiatrici, dentro e fuori i reparti ospedalieri, è paradossalmente molto più difficile rispetto a quando esisteva l'istituto manicomiale, dove i maltrattamenti e le condizioni deprecabili erano così eclatanti da reclamare una sollecita risposta a livello di coscienza collettiva e di interventi politici:

*I - Quindi negli anni, non so quanti anni si è fatto largo una posizione di reazione al movimento basagliano nella società italiana? Cioè possiamo immaginare una parabola da questo punto di vista, una parabola discendente che è arrivata al suo culmine negli anni 70/80' con l'approvazione della legge Basaglia, un nuovo sistema sanitario di trattamento e di concezione del disagio psichico che però è andato nel tempo scemando quasi addirittura un ritorno*

*indietro, una spirale circolare di un ritorno al passato, è così? Stiamo tornando al passato?*

Di Palma: Sicuramente sì, siamo in una fase discendente, anche perché non dimentichiamoci che quando Basaglia, che poi non è l'unico... andrebbero nominati altri psichiatri tutto fa sempre capo a Basaglia ma non è solo Basaglia, quando Basaglia fa la sua apparizione come era la realtà dei manicomi? È naturale che qualcuno a un certo punto sia entrato e abbia detto: "Ma cosa stiamo facendo?" Una cosa che leggendo i libri di Basaglia e gli articoli di quegli anni, la prima cosa che dicono loro è: "Quando entri nel reparto psichiatrico la puzza di cacca è terrificante, la gente è nuda, non ha posto per sedersi, si rotola in mezzo alle feci". Lo dicono gli psichiatri, io non ho mai visto queste cose, è chiaro che è talmente avvilente una cosa del genere che uno spirito un minimo sensibile dice dobbiamo fare qualcosa. Oggi questa realtà (a parte gli OPG, dove ancora succedono cose terrificanti) è più contenuta, è più nascosta, se ne parla di meno, è più nascosta. Ma perché non è in un'accezione più generalizzata un manicomio quello di ritenere una persona a priori necessitante di stare sotto farmaco per 50 anni, anche se per questo non subisce violenze fisiche quali quelle di essere nudo, abbandonato, non avere un letto, non poter mangiare o cose del genere? Quelle sono cose talmente forti che qualunque persona direbbe: "Dobbiamo fare qualcosa". Non a caso, perché nasce la legge Basaglia? Perché c'era stato il movimento referendario promosso dai radicali che voleva chiudere i manicomi, ma come sarebbe finito quel referendum? Sicuramente con la chiusura del manicomio perché basta vedere due immagini, due e qualunque uomo, qualunque esso sia, per quanto spaventato, dice: "Un uomo non può stare in queste condizioni; sicuramente dobbiamo chiudere il manicomio", perché è troppo forte, è un cazzotto nello stomaco l'immagine del soggetto legato, rasato, buttato per terra, che si ciondola in continuazione, che sbatte contro il muro senza che nessuno lo controlli. È chiaro che il manicomio va chiuso, è chiaro che interviene lo Stato e fa una legge che evita il ricorso al referendum per la chiusura del manicomio, ecco perché nasce la legge Basaglia. Ma gli animi più sensibili, più attenti anche nella discussione in Parlamento di quella che diventerà la legge Basaglia cosa fanno? Rilevano tutte le incongruenze giuridiche e di mancata tutela di quella persona e soprattutto del fatto che si delega allo psichiatra una funzione di controllo che non gli spetta. Se voi rileggete i lavori del parlamento del 13/12/1977, nell'aula c'è un parlamentare Radicale che solleva tutte queste questioni e dice: "Ma noi non possiamo affidare allo psichiatra queste funzioni di ordine pubblico. Ma non può essere questa cosa".

### **3.7. Azioni sinergiche verso la co-costruzione di una rete per slegare i pazienti psichiatrici: agenda programmatica o chimera?**

Nel paragrafo precedente sono stati considerati fattori ostativi, in qualche misura esterni e indipendenti rispetto alla cerchia degli attori sociali e istituzionali – cui tutti i soggetti intervistati appartengono - che si stanno impegnando con mezzi e strumenti affinché sia restituita dignità ai pazienti psichiatrici e affinché la contenzione sia contenuta o addirittura eliminata.

In chiusura del capitolo, giova considerare, d'altra parte, che uno sforzo decisivo potrebbe essere quello di integrare le strategie di azione adottate nelle diverse sfere di competenza che, altrimenti, rischiano di essere depotenziate dalla mancanza di un raccordo esplicito. Soprattutto, azioni sinergiche valorizzerebbero la complementarietà che pur caratterizzerebbe l'insieme degli strumenti utilizzati dai vari agenti e che, attraverso un approccio multidisciplinare e integrato, assumerebbe la potenza necessaria a prevalere rispetto al paradigma ideologico e pratico dominante e a svelarne, senza possibilità di repliche convincenti, l'intrinseca contraddittorietà e debolezza nel trovare soluzione alle tante anomalie che, durante le interviste e in queste pagine, abbiamo peraltro avuto la possibilità di ripercorrere solo in parte.

Si è già avuto modo di rimarcare l'isolamento del paradigma *no restraint* che per certi versi, oltre ai fattori ricostruiti, è imputabile anche a meccanismi di autosegregazione dovuti a un comprensibile atteggiamento di reattività difensiva rispetto allo scetticismo dominante. L'isolamento per fattori endogeni ed esogeni coinvolge - a detta di alcuni intervistati – anche il comparto del Terzo Settore.

L'intervista con Di Fiandra ci ha dato modo di cogliere, d'altra parte, che a livello istituzionale alcuni passaggi nella direzione di favorire un dialogo più stretto tra le diverse cerchie in campo, attraverso Convegni e documenti programmatici comuni, sono stati intrapresi. Ripetutamente, però, la dirigente ministeriale invoca il limite che l'ambito di competenza del Ministero della Salute prevede e l'impossibilità di sostituirsi, ad esempio, ai Dipartimenti di Salute Mentale, nelle funzioni di direzione e controllo dei servizi previste da ordinamento.

Toresini è precisamente dell'avviso che queste barriere amministrative debbano essere abbattute, pur nella consapevolezza realistica che questo processo richiederà degli anni. Presupposto preliminare perché ciò possa avvenire è l'impegno per la creazione di un consenso condiviso delle diverse componenti della società civile. Questa co-costruzione del consenso, dal suo punto di vista, come già ribadito più volte, deve passare attraverso la formalizzazione giuridica perché, ad esempio, scrivere contributi di psichiatria democratica – sempre dal suo punto di vista – non può essere recepito dalle cerchie istituzionali come base evidenziale utile, o comunque privilegiata, rispetto alla strutturazione di interventi politico-legislativi.

*I - Cosa dovrebbe accadere - volgiamo verso la fine - affinché il ricorso alla contenzione meccanica venisse definitivamente eliminato del tutto o comunque ristretto a casi del tutto eccezionali?*

Toresini: Ci vorrebbe un intervento del Ministero, della Conferenza Stato-regioni, delle aziende sanitarie e via via di tutti i dirigenti sanitari, dei primari insomma. l'abbiamo detto anche prima sotto la pressione della giurisdizione, della giurisprudenza, delle sentenze e della politica, credo che in Inghilterra abbiano fatto così.

*I - Quindi una concertazione?*

Toresini: Sì una concertazione della società civile. Una concertazione, man mano dei vari componenti della società civile.

*I - Detto questo, oltre al ruolo del terzo settore – che, come ha detto, si muove in modo ancora troppo frammentario - quale potrebbe essere il ruolo del Club SPDC no restraint in questo?*

Toresini: Di promuovere, scuotere le coscienze, di promuovere “Yes, we can do”, insomma.

Senza entrare troppo nel merito di una questione che ci porterebbe troppo lontano da nostro tracciato e rispetto alla quale possiamo confidare su una letteratura sociologica copiosissima<sup>52</sup>, si ritiene opportuno dare nuovamente la parola agli operatori dell'Associazione *Arcobaleno* per far emergere la consapevolezza, detenuta da chi svolge attività nel Terzo settore, delle numerose contraddizioni legate al ruolo di supplenza antagonistica di questo comparto della società civile, che comunemente consiste nel porsi al di fuori rispetto al *mainstream* istituzionale, essendo però obbligati, almeno da un punto di amministrativo, a restarvi dentro. Questa collocazione ambivalente in una terra di mezzo contribuisce a giustificare in misura importante le ragioni delle impressioni riportate da Toresini a proposito della frammentarietà delle azioni (pubbliche) operate dal Terzo settore, messe sul piatto della sinergia auspicabile. Dentro questo quadro, resistere per preservare uno spazio di riconoscimento dedicato a chi soffre di disturbi psichici significa dunque, come ben esprime Vittoriano, impegnarsi a costruire una “nicchia esistenziale” che preservi dai rischi interni al sistema istituzionalizzato:

*I - Ecco ma allora, a parte come vi sentite dentro il sistema, ma come vi sentite dentro il terzo settore... del settore?*

Enrico: Eh... il terzo settore, anche il terzo settore è quasi impiegatizio. Magari tieni alto livello dialettico, ma nei fatti, nella prassi, è impiegatizio. Ti rendi conto che c'è una necessità, come diceva Enrico, di nuovo di un salto, ma non c'è un riferimento sociale... chi sono i movimenti? chi sono i soggetti di riferimento per

.....  
52 Tra gli ultimi contributi più significativi sulle dinamiche del volontariato in Italia, si segnala il numero monografico 96 della rivista *Sociologia e Ricerca Sociale*, curato da A. Salvini (2011)

questo nuovo salto? Raffaella: se noi dovessimo ipoteticamente sostenere una persona in una battaglia... noi siamo una associazione di operatori utenti e volontari e dovremmo per costituzione difendere i diritti della persona sofferente, ma se noi ci dovessimo materialmente trovare a difendere una battaglia legale contro uno psichiatra che ha contenuto meccanicamente, allora noi mettiamo in crisi tutto il sistema. Rapporto con CSM, convenzione con la ASL...

Alberto: fino a un certo punto. Il caso Mastrogiovanni, tenuto contenuto e poi morto, un caso del genere sarebbe di una gravità immensa se un burocrate cooperativo o istituzionale dicesse che non potremmo dare un appoggio legale ai famigliari, per esempio...

Vittoriano: sì ma questo è un processo che implica comunque la compresenza di una serie di attori che non ci sono più e di una dialettica con l'istituzione che la accetti e con delle rappresentanze che se l'assumono, se no diventa don Chisciotte, che magari ce la fa ma, magari no. Il caso Mastrogiovanni è stato disgustoso, con tanto di riprese delle telecamere, poi sempre in questo Sud... Il problema invece è partire dalle piccole cose, proprio come era partito ai tempi, dal tè, però fuori da una cornice istituzionale, dialogando con l'istituzione ma sostenuti da altri attori, per esempio Legacoop, che in caso accetta di sostenere questo processo di cambiamento. In presenza di componenti così è possibile immaginare di...

*I - Sì perché non ci sono solo le azioni legali o i casi eclatanti, ci può essere – e ve lo chiedo – una microfisica di azioni quotidiane in cui tu sei a fianco alla persona e giochi un ruolo di mediatore o facilitatore di alcuni processi...*

Alberto: questo io credo di farlo...

Vittoriano: questo si fa, è logico che è una condizione diciamo centripeta, non so se riesco a spiegarmi, nel senso che difendiamo uno spazio in cui sperimentiamo che vivere una condizione di sofferenza in un altro modo è possibile. Quindi noi abbiamo accettato una condizione di nicchia esistenziale, cercando innanzitutto di aiutare la persona a riflettere, e insieme a lui noi, su una condizione che a un certo punto fuoriesce dall'aspetto della sofferenza, e diventa esistenziale e comune ai cittadini tutti. E quindi cerchiamo come strategia anche di sopravvivenza e per il fatto che siamo una associazione, introducendo elementi di ragionamento sempre meno "psichiatrici", dunque il consumo, il reddito, gli spazi pubblici di azione e così via. E così entri in relazione con le fondazioni, con l'8 x mille della tavola valdese, con la musicoterapia e via elencando... però al contempo è come se avessimo perso – io lo riconosco, è così – quella spinta trasformatrice. Quando noi parliamo di borse lavoro, e non viene più fatto da nessuno, noi parliamo di trasformazione, cioè leggiamo il prima e il dopo, in ottica marxiana, perché altrimenti non hai alcuni tipo di riferimento né filosofico né economico; se arriva una persona qui a fare una borsa lavoro noi dobbiamo essere capaci di leggere l'elemento della trasformazione di questa persona nello stare al mondo, non solo nello stare in un centro diurno. E questo plusvalore che emerge deve essere adottato da qualcuno, perché noi lo leggiamo ma poi nessuno lo adotta. Questo ci ha dato uno sguardo più ampio, più esterno, in cui ci riconosciamo tutti sofferenti. In tutto questo, non tutto è negativo: noi quotidianamente facciamo questo lavoro di ricucitura di doveri e di diritti di cittadinanza, non solo di diritti, sui diritti ti dicono non ci sono più soldi e vai a prendertelo... ma sui doveri deve esserci un interlocutore, e qui ci sentiamo deboli, è debole l'elemento della rappresentanza. Per questo abbiamo difeso con le unghie e con i denti questo spazio, vedendo la dinamica romana della presa di Porta Pia... con altri attori di mediazione, perché la Legacoop, li senti parlare ai convegni, sono solo numeri, addetti, fatturato, prestazioni. Loro son già pronti per la riforma di Renzi, noi non so più quanto. (...) Quindi da un alto noi intuimmo che c'è da fare, dall'altro c'è anche un elemento di paura, dall'altro ancora c'è un elemento di mancanza di memoria, si lavora sempre più nella distruzione del passato e nell'accezione del presente ma il futuro non lo riesci a vedere, se non hai il passato ben chiaro e fai un lavoro di resistenza, come dice Alberto. Noi, io e lei, siamo i reduci silenti...

Alla luce di quanto appena riferito, nonché delle barriere (più o meno) visibili che, nel corso della nostra ricerca, abbiamo rintracciato anche tra attori sociali schierati dalla stessa parte, la proposta della rete, andrebbe forse considerata più come metafora che come strategia attuabile nell'immediato. Il richiamo a un lavoro di rete può, peraltro, rappresentare un monito per i diversi attori sociali a non perdere di vista il fatto che la lotta alla

contenzione, piuttosto che l'assunzione del ruolo di don Chisciotte - per richiamare il personaggio allegorico appena citato – richiederebbe semmai di muoversi con una consapevolezza realistica dell'interconnessione tra ruoli socio-istituzionali diversi, degli ostacoli da rimuovere, delle strategie interdisciplinari nel campo simbolico della difesa dei diritti del malato, nonché del limite socio-antropologico delle proprie azioni e del proprio potere dialogico con le istituzioni e con le altre componenti sociali.

Con riferimento alle visioni del futuro, occorre precisare che le due referenti istituzionali interpellate (regionale e nazionale) si sono dichiarate entrambe intenzionate, per quelli che sono i rispettivi ambiti territoriali di competenza, a (ri)lanciare l'attenzione sulla questione della contenzione a un livello istituzionale.

Prima di concludere, è significativo dare voce alle testimonianze di chi, nel torinese, ha vissuto episodi di contenzione. Il capitolo successivo, attraverso la narrazione di questi vissuti, contribuirà a inserire l'esperienza della contenzione dentro traiettorie biografiche che restituiranno a questa pratica un senso più ampio, inscritto in un percorso di "cura" ben più accidentato di quanto possa essere emerso finora. La contenzione apparirà così per quello che è: la punta di un iceberg. Come è già stato accennato nel par. 3.5.2., la serie di disfunzioni che caratterizzano l'espedito del TSO e il complesso dei servizi territoriali, di cui i SPDC rappresentano l'ultimo anello, conferiscono alla contenzione meccanica la consistenza di un nodo niente affatto autonomo, che intasa il sistema dei DSM e che, nel contempo, contribuisce a rendere palesi le sue contraddizioni interne, imponendo così una risposta immediata e non puramente formale, a tutti i livelli.



# Cap. 4 - Biografie della contenzione. Una traccia di lettura tra vissuti, rappresentazioni e ipotesi interpretative

di Susanna Ronconi

## 4.1. Premessa

La voce di chi ha vissuto in prima persona la pratica della contenzione meccanica è affidata in prima battuta alle interviste biografiche focalizzate<sup>53</sup> proposte a quattro persone, una donna e tre uomini, a Torino, resisi disponibili dopo un incontro di gruppo di presentazione della proposta di ricerca organizzato grazie alla disponibilità della redazione della rivista Segn/Ali<sup>54</sup> – la cui redazione è composta da persone con disagio psichiatrico e da educatori/trici – e dall'Associazione Arcobaleno<sup>55</sup> di Torino. In seconda battuta, nuovi e ulteriori contenuti sono stati portati da due diverse dinamiche di gruppo: la prima, propedeutica all'avvio del lavoro di ricerca, e sede della presentazione della stessa, si è svolta come una sorta di *brainstorming* attorno alla parola “contenzione” tra circa 25 persone, per la gran parte persone con disagio psichiatrico cui si sono aggiunti alcuni educatori/trici, ed ha rappresentato un significativo contributo per la messa a fuoco tematica di una traccia utile alla conduzione dell'intervista biografica, oltre a rappresentare un necessario passaggio di trasparenza e consenso; un secondo gruppo ha avuto le caratteristiche di un *focus group*, organizzato in chiusura della raccolta delle interviste, con la presenza di 15 persone, in parte non presenti al primo gruppo: a loro sono stati sinteticamente presentati in forma di citazione 5 temi cruciali emersi dalle interviste a pazienti e a operatori, attorno ai quali il gruppo si è espresso con nuovi contenuti e significazioni. Questi contenuti sono presentati in chiusura di questo rapporto.

## 4.2. Presentazioni. La malattia narrata

Le quattro persone che hanno narrato le loro biografie rappresentano situazioni individuali e percorsi assai diversi.

Al momento dell'intervista, uno esercita la professione di avvocato, mantiene rapporti costanti e informali con uno psichiatra che è anche un amico oltre che un terapeuta, con cui condivide visione del disagio mentale e impegno sociale e politico attorno a questi temi; un'altra è medico, esercita la sua professione, mantiene un rapporto continuativo con i suoi terapeuti di fiducia, presso un ospedale della città, utilizza il CSM solo quando serve burocraticamente; un terzo è pensionato, vive in piena autonomia, continua a rivolgersi al CSM per la terapia farmacologica, il quarto è operaio edile, lavora e si avvale di un progetto

.....  
53 Le quattro interviste biografiche focalizzate sono state raccolte e analizzate secondo l'approccio suggerito dalla Grounded Theory Costruttivista. Riferimenti metodologici in: Alheit P, Bergamini S (1996), *Storie di vita- Metodologia di ricerca sociale per le scienze sociali*, Guerini, Milano; Charmaz C., (2011) *The lens of constructivist Grounded Theory*, in *Five ways of doing qualitative analysis*, The Guildfor Press, New York; Merrill B., West L. (2012) *Metodi biografici per la ricerca sociale*, Apogeo, Milano.

54 Al lavoro redazionale della rivista (<https://segnaliblog.wordpress.com/>) collaborano persone provenienti da diverse esperienze di organizzazione delle persone con disagio psichiatrico e che utilizzano o hanno utilizzato i servizi di salute mentale: tra queste, oltre a Arcobaleno (<http://www.assarcobaleno.org>), anche laboratorio Urbano Mente Locale (<http://mrlaburb.blogspot.it>) e la rete Mad Pride (<http://madpridesito.jimdo.com/>).

55 “L'associazione Arcobaleno, nata a Torino nel 1988, è fatta di persone che utilizzano o hanno utilizzato i servizi di salute mentale. Arcobaleno esiste per mettere in comunicazione la follia con la razionalità, per dare cittadinanza alla follia, per combattere i pregiudizi nei confronti di chi soffre, per aiutare a convivere con la sofferenza senza lasciarsi schiacciare. Arcobaleno aiuta le persone sofferenti in modi concreti, con un luogo di ritrovo, un lavoro, con il fare teatro, musica, sport e scrivere sulla rivista SegnAli”

sociale mirato, in attesa di una sua autonomia abitativa, è in terapia farmacologica per la quale si rivolge al reparto ospedaliero più che al CSM.

Nel corso del colloquio narrativo, non è stato importante ricevere una descrizione della diagnosi ricevuta – e del resto lo sguardo di questo lavoro non è certo quello di una tassonomia diagnostica - ma avere una narrazione soggettiva del vissuto della malattia e del suo trattamento, approfondendo significati e salienze attribuiti dai protagonisti ai loro stessi vissuti. Sono pertanto le narrazioni che seguono ad introdurre le biografie e contestualizzare le successive esperienze, riflessioni e significazioni soggettive riportate nei paragrafi seguenti.

*Ho 40 anni. Io ho avuto una vita molto... fortunata, no non fortunata, normale, ero brava bella simpatica, bravissima a scuola, iper-responsabile, fin da piccolissima molto indipendente e molto autonoma che già dai 4 anni si faceva le sue cose da sola e non voleva che nessuno le rompesse le palle [...] Ho fatto anche tantissima danza classica, e a 17 anni, è stato imputato a quello, i miei primi segni di disagio diciamo si sono manifestati in quell'ambito lì, quando il mio maestro francese vedendo il corpo femminile ha cominciato a bacchettare. [...] Lui mi passava non molto velatamente questo messaggio, che il corpo femminile era un po' da penalizzare, non era tanto bello [...] Il corpo della ballerina classica è un corpo etereo e filiforme, probabilmente nella mia sensibilità fin da bambina lui aveva toccato un nodo dolente, per cui mi son portata avanti questa immagine, che io dovevo essere un essere senza corpo. Quando poi ho cominciato a viaggiare, son tornata che ero dimagrita tantissimo. Avevo provato questa ebbrezza di mangiare pochissimo, viaggiavo tutto il giorno, sui treni e su e giù, mangiavo una mela al giorno, e avevo questo grande senso di libertà [...] Poi tornata a casa, mi sono resa conto che... anche perché in famiglia e anche gli altri me lo facevano notare, sei dimagrita, ma non stai tanto bene, non stai tanto bene [...] E ho cominciato a vomitare, perché non potevo dire che non volevo mangiare, e ho capito che non era proprio normale, ho capito che dovevo farmi aiutare, parlare con qualcuno. Avevo 17 anni, mangiavo e mi partiva subito lo schizzo, andavo a vomitare, ho detto c'è qualcosa che non va, anche se mi faceva godere tantissimo... un ansiolitico pazzesco... Sono stata mandata dal mio psicoterapeuta che mi seguiva da F, alle Molinette, al reparto DCA, disturbi del comportamento alimentare [...] [La mia vita] è andata avanti e poi ci sono stati dei momenti, e sempre più frequenti nel corso dell'università, dei momenti in cui crollava la mia situazione clinica e crollando questa crollava anche quella psicologica perché voleva dire che stavo perdendo il controllo, e dovevo essere ricoverata [F1]*

*Ho 50 anni, sono del 1964. Mezzo secolo... Questo per me è un periodo un po' magro per il lavoro, in questi giorni non sto lavorando per problemi alla spalla, io lavoro nel settore edile. Per me io lavorando prima con mio fratello ho sempre avuto lavoro, adesso sono stato assunto fino a fine febbraio da un signore che ha preso un appalto e quindi lavoro poi non so, diciamo che il lavoro non te lo garantisce nessuno. Abito qui e mi trovo veramente bene. Sono inserito in un progetto della cooperativa YY, sono seguito da loro, vengono a trovarmi una volta la settimana. [...] È successo che sentivo delle voci, improvvisamente sentivo delle voci, ero convinto che Giovanni Falcone era ancor vivo, e io collaboravo con loro per andare ad arrestare i criminali, i vari Riina e quella gente lì, ma facevo tutto con la mente mia. Non stavo male, ero appagato, però aspettavo il giorno che mi sarei realizzato nella cosa, che avrei avuto la conferma che era tutto vero, che non era una mia fantasia e quella cosa mi avrebbe appagato. Io non sopporto i Riina e quella gente lì e stimo molto polizia e carabinieri perché se non ci fossero loro... molta gente mi chiama sbirro per via del mio carattere, ma cosa vuol dire? Preferisco essere sbirro che... io sono contro le ingiustizie. [M1]*

*Ho 65 anni, oggi sono pensionato, ho lavorato sempre nell'informatica poi a 45 anni sono stato espulso dal mondo del lavoro, ero nel commerciale, per un certo periodo anche compiti dirigenziali, poi sono stato per un certo tempo anche amministratore unico di una società. Negli ultimi 15 anni, essendo uscito da quel tipo di attività mi sono trovato a fare il cameriere in un ristorante, e lì sono andato avanti fino alla pensione e adesso sono pensionato [...] Ho avuto un contatto [con i servizi] dopo una crisi maniacale, abbastanza tardi, diciamo verso i 45 anni, 40 o 45, ero più che adulto e impegnato in attività manageriali. Diciamo che a causa di crisi lavorative ho iniziato... diciamo la prima situazione è stata una situazione depressiva [...] per un certo periodo sono stato seguito da uno psichiatra in modo privato, ero ancora in una fase in cui questa situazione della malattia non era ancora ben evidente. [Con lui] sostanzialmente farmaci, non mi ha proposto alcun tipo di percorso alternativo, tipo psicanalisi, quindi sì, farmacologico. Nella prima fase non ho riscontrato benefici, però appunto è scattato quel meccanismo di passaggio dalla fase depressiva a quella euforica, per cui non essendo ancora padrone di questa situazione ho sospeso i*



*farmaci in modo autonomo, e quindi sono passato in questa fase maniacale, e ho avuto il primo episodio di crisi. È stato una notte, con la mia ex moglie ho avuto un attimo di crisi per cui l'ho presa per i capelli, l'ho tirata e questo è stato sconvolgente, per me. Non era il mio modo di essere, ed è stato un episodio per me davvero strano. Ho chiesto io il ricovero su consiglio di tutta la famiglia [M2]*

*Ho 65 anni. Ho avuto una gravissima malattia mentale che mi è cominciata nel '73, con S. abbiamo detto senti ma noi lo dobbiamo fare il militare? E andiamo, e facciamo la rinuncia al rinvio universitario, e partiamo. Siamo partiti tutti e due nel settembre del '72. Quando a marzo del '73 io ero una notte in caserma e mi sentivo strano, ero presso l'aeroporto di XX, c'era un allarme NATO in corso, e non c'era nessuno, c'erano dei cartelli che indicavano..., ed era proprio la modalità dell'allarme NATO, dovevi prendere e andartene. E io mi sentivo... è vero che bevevo molto in quel periodo, però questa sensazione di non dominare la mia comprensione, i miei pensieri, di essere preso più dall'esterno che non essere io a dominare la situazione, dall'interno, quindi quello che io ho chiamato un vacillamento. Io poi avevo frequentato medicina [...] e avevo frequentato i manicomi, già nel '68, conoscevo il problema, conoscevo la malattia mentale – non la mia, allora grazie a dio stavo bene – e ho avuto la netta sensazione che quello fosse un brutto sintomo. Il sintomo di una mente che si stava sgretolando. Ho dato i numeri in caserma, sono andato piangendo dal colonnello, e hanno chiamato un medico [M3]*

## 4.3. Percorsi dentro il sistema psichiatria

### 4.3.1. “Pazienti” si diventa. Avvicinamenti, resistenze e tattiche tra pubblico e privato

Riconoscere il proprio disagio, attribuire un significato e un nome alla sofferenza, fino ad arrivare a chiamarlo “malattia”, è un percorso difficile, in cui – oltre ai fattori correlati alla propria personale psicologia e cultura – emergono significativamente variabili ambientali e di contesto, che orientano anche le diverse percezioni e strategie personali.

#### 4.3.1.1. Resistenza. Contro l'immagine dominante della malattia mentale

Nominare la malattia ha a che fare con i significati che socialmente della malattia mentale si danno, il rifiuto o la cautela nel riconoscerla e nominarla sono fortemente correlati a un doppio rischio: da un lato, su un piano sociale, la percezione di una stigmatizzazione e di un etichettamento, dall'altro lato, su un piano soggettivo, personale, intimo, la prospettiva di inchiodare se stessi – compiendo questo passaggio – a un destino in cui la sofferenza così nominata diventi la cifra dominante della propria esistenza. La costruzione sociale della malattia mentale rivela in questa testimonianza tutta la sua potenza e la sua minaccia percepita:

*Io avevo anche una grande resistenza a questo concetto di malattia, un po' per quello che avevo letto, un po' perché mi sembrava una forzatura, io non avevo quasi mai momenti depressivi, quindi quando mi dicevano quello io... non va bene. Comunque come ho capito poi dopo tanti anni e frequentando tanta gente, io avevo 25 anni, c'era una grossa resistenza ad ammettere di avere una malattia mentale, tu immagina cosa vuol dire.*

I - Un etichettamento tremendo...

*Un etichettamento di fuori, e nello stesso tempo anche dentro, tu tutta la vita sai che sarai quello, che sarai limitato da quello e quella cosa è grave, e in qualche modo è peggio di chi commette dei reati, perché chi commette reati o colpa o dolo ma in qualche modo ... ma chi ha una malattia mentale di che cosa è mai colpevole? Eppure viene scartato peggio di un criminale [M3]*

In questa biografia è descritto un percorso di conoscenza e consapevolezza di sé, da un lato, e insieme di consapevolezza critica verso il sistema di cura: il passaggio verso una accettazione del proprio disagio prima

e della cura poi, avviene dentro un tensione continua con i curanti, ai quali è richiesto uno sguardo e una competenza relazionale capaci di “co-costruire” con il paziente una idea di malattia non stigmatizzante e un rapporto fiduciario e centrato sui significati che la persona attribuisce alla cura. Si accetta, insomma, il proprio disagio e si decide di curarsi se e quando si percepisce come realistica la possibilità di “governare” almeno in parte non solo e non tanto la malattia, ma la *relazione terapeutica*:

*Per quello che io poi sono riuscito – non subito, eh – ma sono riuscito a lavorare sul concetto di malattia, anche con il lavoro che faccio, sul riconoscimento di malattia, che secondo me non può non esserci, perché se no una persona non accetta le cure, se io non sono convinto di essere malato mi dici perché mai mi dovrei curare? Se penso che io sono fatto così, e tu fatti i cazzi tuoi, perché mi devo curare? Allora la prima cosa che deve fare uno psichiatra non è l'esordio e mica l'esordio, il TSO... deve instaurare un rapporto tale con il paziente da convincerlo che ha bisogno di cura, che non lo sta scannando e non lo sta ingannando, poi che le cure siano alcune buone e altre no, questo è un altro discorso, ma pensare che se non sei malato accetti di curarti è una vera follia [M3]*

#### 4.3.1.2. L'etichettamento “da servizi”. Meglio privato che pubblico?

*Quando ho cominciato ne prendevo 375 mg [di lepomex] che era tantissimo, e io volevo togliermelo del tutto perché ero in un reparto dei matti e io non volevo, non accettavo questa cosa*

I - Spiegami...

*Non volevo sentirmi... poi piano piano ho scalato, mi han detto che quello che prendo adesso, 100 mg, è la dose che prenderebbe un bambino, e mi han detto fai finta che tu abbia un diabete e che prendi questo farmaco tutta la vita e stop. E mi son messo il cuore in pace [M1]*

Il reparto ospedaliero restituisce, in questa storia, l'impatto forte di un etichettamento percepito, e l'alto dosaggio del farmaco diventa, da chimica di sostegno, simbolo di una condizione grave difficile da accettare. La negoziazione sul dosaggio assume dunque significati importanti per la persona, e la gestione da parte del curante - “una dose da bambino” - produce una immagine tranquillizzante e normalizzante (sebbene per altro verso inquietante, con il riferimento a una cronicità inevitabile).

Per evitare questo processo di etichettamento e in qualche modo gestire gradualmente e soprattutto con maggior possibilità di padroneggiamento il “divenire pazienti”, rivolgersi a un terapeuta privato appare a qualcuno una strategia utile. È evidente come qui giochi a pieno negativamente l'immagine che i servizi pubblici hanno prodotto di sé e di come soprattutto in prima battuta - quando si è ancora “inesperti della cura” e del sistema di cura - appaia più governabile e tutelante la relazione come *cliente* piuttosto che come *utente*:

*Per un certo periodo sono stato seguito da uno psichiatra in modo privato, a pagamento, la cosa è durata qualche anno fino a che il costo delle visite psichiatriche è diventato un costo importante tanto che lo stesso psichiatra mi ha consigliato di rivolgermi ai servizi*

I - Posso chiederti perché avevi scelto il privato e non il pubblico?

*Ma perché penso che a quei tempi fosse per me una questione di riservatezza, di pudore in qualche modo, ero ancora in una fase in cui questa situazione della malattia non era ancora ben evidente [M2]*

Oltre che sul piano simbolico, l'orientamento verso il privato risponde a criteri che attengono alle scelte terapeutiche. In questa biografia si susseguono nel tempo scelte diverse e un ambivalenza tra vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra opzione, in una traiettoria che è anche una storia personale di apprendimento circa il sistema e le sue diverse opzioni, e in cui, di volta in volta, si cerca la risposta migliore per sé. Se da un lato si privilegia una struttura privata perché fa un uso dei farmaci valutato più appropriato, dall'altra una struttura pubblica garantisce una globalità della presa in carico sconosciuta al terapeuta privato:

*Di solito erano cliniche per disturbi alimentari o cliniche convenzionate, poi anche... sono stata svenata, economicamente, a Fara pagavo un milione al giorno!*

I - Questo perché il pubblico non ti dava delle risposte?

*Questo perché una volta che sono andata alla clinica di San Giorgio, che era convenzionata con il pubblico, quella volta che sono andata mi hanno bombardata di farmaci, e io non mi ricordo assolutamente niente [F1]*

Sono stata mandata dal mio psicoterapeuta che mi seguiva da F. alle Molinette, al reparto DCA, disturbi del comportamento alimentare, dunque non il reparto [SDPC] ma la psichiatria clinica. E li facevo anche i colloqui [...] Ho continuato a fare colloqui con una psicoterapeuta ma in reparto, dove c'era una équipe multidisciplinare, è stato importante, ho trovato degli psichiatri stupendi, che mi hanno proprio ascoltata, non prendevo farmaci, ma non dovevo perdere peso e quindi andava monitorata la parte clinica. Era un prendermi in carico in modo globale e io mi sentivo presa in carico, certo anche con tutte le liti che ci facevo... [F1]

Infine, a volte la ragione del passaggio dal privato al pubblico è di ordine meramente economico, quando la spesa diventa insostenibile

Lo stesso psichiatra che mi seguiva mi ha suggerito... per un fattore economico, avendo perso il lavoro, non era più possibile sostenere la spesa e mi sono rivolto ai servizi. [M2]

### **4.3.2. Occasioni mancate. Un altro CSM è possibile?**

La psichiatria torinese, come credo anche altre, ha avuto un momento di grande entusiasmo negli anni della riforma, si sono affermati degli psichiatri molto capaci e molto umani, disposti ad ascoltare anche la psicologia del paziente, cosa che gli psichiatri tendenzialmente non fanno, un po' perché non se ne intendono, e comunque non lo fanno [M3]

“Ascoltare la psicologia del paziente”: si annida qui, in questa frase, il cuore della critica che le biografie, in modo certo sfaccettato ma in sostanziale sintonia, portano alla psichiatria territoriale. E si annida qui un nodo paradigmatico, quello della cronicità versus la *recovery*, come descritto nei paragrafi che seguono.

#### **4.3.2.1. Che cos'è la cura. Cronicità e guarigione**

*Una psichiatria territoriale non è oggi il problema, il problema poteva essere questo quando c'era da chiudere i manicomi, creare una psichiatria di comunità, oggi si tratta di rifondare una psichiatria che curi, che curi come deve, e deve farlo e farlo bene [M3]*

*Io non riesco a vedere altro che la tua storia nel tuo disagio, nel tuo dolore, pezzi della tua storia, hai avuto queste cose, in parte le hai dimenticate in parte puoi averle spostate, ci sono sistemi di autodifesa per cui le cose marciano ma tu ti porti dietro sempre le stesse cose, e allora se lo psichiatra non è in grado, fai una psicoterapia con uno che la sa fare! [M3]*

Radicale questa definizione della frontiera della psichiatria oggi, vista dall'interno: come se nel tempo, vinta la battaglia dell'istituzionalizzazione totale, si fosse persa quella del saper curare, con una drammatica oscillazione verso il contenimento della cronicità come orizzonte pratico e di senso. La domanda di *cura* è una domanda che esce forte dalle biografie e che orienta una critica pratica a tutto il sistema, di cui il CSM è il regista. E se la regia non sa co-costruire con i pazienti una *pratica della cura*, si torna, magari in maniera mistificata, a una missione di controllo e istituzionalizzazione:

*Se non riesci a convincerlo [a curarsi] vuol dire che non te ne occupi abbastanza, e allora legghi, TSO, reparto, poi esci, poi dopo un po' torni, a comando... ma questa non è una terapia, questa non è medicina, è un'altra cosa che non so cos'è, ma non è medicina [M3]*

Una *pratica della cura* non può, per gli intervistati, espellere la prospettiva della guarigione, come oggi per lo più avviene. Il tema della *recovery* è percepito e rappresentato non solo come un *orizzonte di senso* della cura, ma anche come questione “politica”, un terreno di azione e di conflitto attorno a cui si gioca la partita strategica per la psichiatria italiana. L'esperienza è, su questo piano, spesso negativa quando l'ambito è il CSM: farmacocentrismo – come vedremo al paragrafo seguente - assenza di ascolto psicologico e, nella relazione terapeutica, centratura sul deficit *costruiscono* la cronicità come destino, a cui i protagonisti contrappongono una prospettiva evolutiva, in cui *recovery* può assumere molti significati, da quello di guarigione tout court a quello di evoluzione personale giocata sul piano della qualità della vita.

*È partita questa cosa delle storie di guarigione di cui si occupa Tibaldi, che dà visibilità alle storie di guarigione, perché la psichiatria funziona se c'è una alleanza tra paziente e medico e questa alleanza deve essere fondata anche su un sentire comune circa la possibilità anche della guarigione o comunque di un miglioramento, un miglioramento magari delle condizioni di vita, se non sarà la guarigione vorrà dire che sarà che io starò meglio, che non starò più come un cane come sto adesso.. E invece su questo dagli psichiatri che io sento a Torino non c'è un grande interesse [M3]*

L'intervistata che dichiara “*io non sono mai andata al CSM, mi sono iscritta al CSM perché servivano i soldi per pagare la comunità, la psichiatra del CSM non è mai stata la mia psichiatra, lei faceva la scribacchina*” dà ragione delle sue scelte e del suo giudizio in base proprio al feedback di destino di cronicità ricevuto al servizio:

*E lei [psichiatra del CSM] mi diceva ma intanto tu con la storia clinica che hai sei destinata a rimanere malata per sempre, non troverai mai un lavoro, i soldi ti finiranno perché dovrai pagare le badanti ai tuoi genitori – che poi mio padre è molto più in gamba di lei, le stacca le orecchie a morsi se la sente... - e poi cosa vuoi avere una relazione sentimentale tu, che io che sono normale mi sono sposata ho fatto 4 figli e questo stronzo mo' m'ha lasciata... e tu con questa storia clinica pensi di poter avere una vita sentimentale? [F1]*

La cura che, in questa storia, si salva è quella di tipo sociale, per la quale riconosce al CSM un ruolo per lei importante:

*Il CSM mi è servito, uscita da Moncrivello non volevo tornare a casa dai miei e loro mi hanno messa in un gruppo appartamento, e quello mi è servito [F1]*

Paradigma e approccio dunque, ma anche dinamiche in cui si intrecciano fattori di modello organizzativo, gestione dei servizi e dei tempi dedicati ai pazienti, necessaria innovazione anche di management del servizio qualora si voglia dare alla prospettiva della *recovery* le gambe per camminare. C'è anche, insomma, una inerzia del modello operativo che avvolge e riavvolge il meccanismo già avvitato della cronicità:

*Così sei stabile? Allora va bene. Così la situazione si cronicizza all'inverosimile, con queste persone che non vedono mai prospettive di cambiamento, di evoluzione. Anzi, nel momento in cui minacciano o rivendicano il loro diritto dicendo oh, ma io voglio cambiare... eh ma non ti agitare, se no te ne faccio un'altra! Perché? Perché fai perdere tempo, se poi stai male, mi scombusoli il programma della giornata [...] Ho parlato tanto anche con Tibaldi, ma figurati, si possiamo anche scalare ma poi dobbiamo parlarci, vedere come va, lo posso fare ma poi ti devo dare io come psichiatra la mia disponibilità a seguirti, nei momenti in cui si scala, alcuni psichiatri lo fanno, saranno due sul territorio nazionale? Due, non hanno tempo [F1]*

Questa prospettiva di *recovery* – nelle sue diverse declinazioni soggettive - è possibile secondo le esperienze degli intervistati dentro una relazione di alleanza con il terapeuta, dove una minor asimmetria consenta

apprendimenti reciproci e, insieme, dove la persona abbia l'opportunità di riconoscere e sviluppare le proprie competenze, e "metterle al lavoro" per governare e gestire sia la sua malattia che la relazione terapeutica:

*Io penso che il percorso che ogni paziente deve poter fare è quello di saper convivere con la sua malattia, perché questi disturbi, chi più chi meno ma tranne che per un 10% di remissività te li porti dietro tutta la vita. Devi dialogare con il mondo esterno e con le strutture ed è un percorso abbastanza complesso, spesso purtroppo non aiutato dalla controparte, intendendo come controparte la psichiatria in generale e a volte anche le associazioni [M2]*

*All'inizio io non sapevo qual era la domanda che facevo allo psicoterapeuta e lo psicoterapeuta non sapeva che risposta darmi, per cui parlavamo tanto ma io uscivo di lì dicendomi ma cosa ho detto? Non ho detto niente. Adesso ancora sono in psicoterapia ma adesso, dopo ven'anni, ogni volta che ci vado dico ah cazzo, sì... ci siamo parlati, ci siamo incontrati. [F1]*

#### 4.3.2.2. Farmacocentrismo, la malattia dei CSM

La mancanza di uno sguardo attento alla psicologia e alla storia del singolo e di una prospettiva evolutiva, è messa in relazione – ed anche questa è questione paradigmatica – con la centralità del trattamento farmacologico. Non c'è una lettura ideologica *contro* il farmaco, in queste biografie: l'importanza dei farmaci è anzi raccontata come contenimento della sofferenza e come sostegno, anche, nel saper condurre la propria quotidianità:

*Questo [il farmaco] almeno ti risolve questa incapacità di risolvere i problemi anche semplici, che noi siamo capaci quando stiamo bene di risolvere, se non stai bene non sei capace neanche di metterti i pantaloni per il verso giusto, perché sei fuori di melone... [M3]*

E tuttavia il farmaco trova la sua collocazione dentro i limiti di questa descrizione, che parla di contenere e alleviare, mentre viene decisamente criticato quando abbia la pretesa di rappresentare *la cura*, dentro una lettura biodeterminista in cui storia e psicologia del singolo non sono in scena e, tantomeno, vengono prese in carico:

*Sarebbe lungo il discorso sugli psicofarmaci, comunque io non penso che funzionino più di tanto se poi non c'è una terapia psicologica non è possibile aiutare nessuno a uscirne, se sono appena un po' gravi. Poi questo farmaco può anche servire, in modo strumentale, daglielo perché sia più tranquillo, o perché dorma regolarmente, però il nocciolo del malessere mentale non è un fatto biologico, è fatto di storia personale, cose che tu hai avuto e se non si possono rimuovere si possono però correggere gli effetti che tu hai ancora oggi, prendere coscienza che ancora oggi tu stai patendo alcune cose come il bambino incazzato che è stato sgridato ingiustamente... Ecco questo è quello che cura, non i farmaci che non sono previsti per questo, ma sono nati per contrastare alcune [situazioni] ma non sono quelli, che "curano". [M3]*

*E rarissimo che ti paghino una psicoterapia, rarissimo, anzi ormai la tendenza è quella di darti gli psicofarmaci a depot, magari che costino anche poco come l'Haldol, ma se anche costano di più non cambia niente [M3]*

Se questo è lo sguardo del paziente, attorno alla scelta del farmaco e alla decisione attorno ai dosaggi si gioca una partita negoziale o conflittuale che è davvero, in prima battuta, una questione *di senso*: e si può pensare a un effetto positivo di una terapia *senza senso*? Di una terapia che non passi attraverso un processo di *significazione* – ben più e ben prima che di accettazione - da parte di chi la assume? E come si può pensare a una terapia efficace se non si fanno i conti con la compatibilità con quella che, soggettivamente per la persona, è la qualità di vita che intende perseguire?

*D'altra parte nel cronico, e ho avuto modo di vedere persone che frequentano il CSM, che è orrendo, sono poi polli da batteria, entrano si fanno il depot, riprescritto il depot per il mese dopo, neanche la possibilità di discutere dosi e non dosi, sto bene sto male, gli effetti collaterali? tanto sono normali, scalare la terapia?, ma no, non scalarla... [F1]*

*Io mi rifiuto di prendere l'Haldol, che serve per i momenti di euforia, Serenase, Haldol, due nomi commerciali per lo stesso farmaco, perché provoca tremore continuo e balli sulle due gambe, sempre, e sono effetti che non intendo subire, dato che ci sono farmaci alternativi. Anche questo farmaco viene somministrato a lento rilascio, facendoti delle punture piuttosto robuste di questa roba, riesci a contenere anche persone fuori dal reparto, però tu vedi queste persone che traballano e tremano*

I - E non hai avuto accesso a un farmaco alternativo?

*Ma sì, adesso ci sono due farmaci antidepressivi che se non utilizzati in dose massiccia sono degli stabilizzatori, ma se salgono le dosi... [M2]*

Paradossalmente, nonostante questa centralità del farmaco nel trattamento del disagio psichiatrico, il sistema dei servizi sembra curarsi poco della continuità terapeutica, quando dal CSM si passi all'SPDC: come tra due repubbliche, cambiano le terapie e cambiano i dosaggi, in funzione non solo di una discontinuità di tipo organizzativo ma anche di diverse logiche, tempistiche e modelli operativi, come meglio vedremo nel capitolo sui ricoveri:

*Il CSM che ti segue può fare due firme e mandarti in reparto con il TSO, se serve, però quello che va detto è che gli psichiatri non seguono davvero i loro pazienti quando si profila una crisi, tanto è vero che poi fatto il ricovero non vengono in reparto a vedere come stai e come non stai, nel reparto c'è altro personale e altre terapie, soprattutto, tu non fai più le terapie che ti ha prescritto il tuo psichiatra [M3]*

#### 4.3.2.3. Fordismo al CSM: minutaggio assistenziale e serialità

*E mi fanno fin pena questi che lavorano lì dentro, sono oberati, dovrebbero fare loro una rivoluzione e dire che cazzo!, non ci va più di lavorare così... [F1]*

Alle ricorrenti variabili della centralità del farmaco e dell'assenza di sostegno psicologico si aggancia, nelle narrazioni, un modello gestionale e organizzativo del CSM segnato da una tempistica affannata e contratta e da una percepita serialità standardizzata degli interventi. Quello che va sotto il nome di *minutaggio assistenziale*, nome assai evocativo e importato nelle aziende sanitarie dalla peraltro superata organizzazione fordista della fabbrica, ingabbia la relazione terapeutica in una tempistica sincopata che lascia poco spazio all'individuo ma anche alla coppia paziente-curante e ai loro tempi soggettivi:

*È così, io ho visto tanta gente disperata, non parlo con uno psicologo, non posso parlare con il mio psichiatra, abbiamo gli incontri con una scadenza ogni 42 giorni e mezzo... per dire, di 17 minuti virgola 42 secondi. Andiamo lì, solo il tempo di farmi calare le braghe e farmi la siringa, riconfermarla per la volta successiva, tanto... [...] Sentivo proprio ieri una mia amica seguita dal CSM e diceva io andrei anche al CSM a chiedere aiuto, perché ieri stava male, diceva vorrei vomitare tutto ho una rabbia dentro, una rabbia, e io le dicevo ti capisco, ma prova, no?, ad andare al CSM, trovi qualcuno con cui parlare. E lei ma no, se vado mi fanno la siringa e perché? perché devono fare altro e non hanno tempo. [F1]*

Al contempo e coerentemente con gli imperativi del minutaggio, nel CSM si aggancia la risposta terapeutica a una standardizzazione senza la quale quei tempi stessi non potrebbero essere rispettati, perché individualizzare vuol dire, inevitabilmente *perdere tempo* per confezionare un *prodotto sartoriale*. Eppure, dice un intervistato, in altri tempi è stato possibile. Cosa fa la differenza? Le risorse, certo, ma anche la volontà degli psichiatri, dunque il fattore culturale e della responsabilità professionale.

*L'obiettivo è capire quale sia la cura e quali siano i tuoi obiettivi personali, ma non ci sono i tempi tecnici per riuscire a farlo, ci sono dei tempi che sono dovuti alla possibilità di interfacciarsi con un medico una volta al mese, mentre in certi periodi il paziente dovrebbe essere seguito più da vicino e magari con un supporto psicologico adeguato. Certe persone lo hanno, un supporto psicologico, a me non è mai capitato... Sarebbe possibile se ci fossero le risorse per*

*farlo. Magari anche le volontà degli psichiatri che non sono tutti uguali [M2]*

#### 4.3.2.4. Quando il CSM funziona (funzionava?): la relazione e il sistema

Le risorse e la volontà degli psichiatri, allora, cioè una scelta politica e una scelta culturale (o due scelte politiche). Sul piano terapeutico, le biografie sembrano indicare un trend in discesa, negli ultimi anni, verso un crescente disimpegno del servizio territoriale dalla relazione individualizzata. Il ricordo non molto recente di un CSM che “funzionava” è legato a questa variabile, nonché alla continuità terapeutica e, insieme, alla capacità del Centro di avere una presa in carico globale, integrata, della persona, che in questa testimonianza è positivamente contrapposta al vis a vis con il solo terapeuta privato. Quando il CSM funziona la posizione di *utente* diventa – rovesciando il precedente giudizio - una posizione di vantaggio rispetto a quella di *cliente*:

*L'ho avuto [il supporto psicologico] solo all'inizio dallo psichiatra stesso, in corso Novara all'inizio con questa psichiatra con cui facevo le sedute psicologiche. [...] Corso Novara, il primo servizio, terapia e poi rispetto al privato ho notato che nel pubblico c'era un po' di attenzione alla persona, nel senso che con il privato facevo un incontro di un'ora, qualche domanda poi farmaci e via, mentre con la psichiatra del centro pubblico ho avuto la sensazione di essere più seguito, colloqui settimanali e poi certo l'aspetto farmacologico sempre, d'altronde gli psichiatri se non scrivono qualche ricetta non son contenti... Comunque erano gli anni '90 e ho trovato una risposta un pochino più completa, quel centro era citato come quelli un po' più all'avanguardia, era la Asl To4, allora. [M2]*

In questo senso, il presente pare, a leggere le biografie, fatto di rare eccezioni, di cui si sottolinea l'aspetto cruciale e decisivo della soggettività degli psichiatri, dei loro approcci e dei loro atteggiamenti personali e professionali. Come di seguito si dirà rispetto alle pratiche di contenzione negli SPDC, anche nei CSM la questione delle risorse mancanti disegna certo un contesto ostile e influente, ma di per sé non basta a spiegare un orientamento e una pratica di aridità relazionale. Ci sono buoni esempi a dimostrarlo:

*La situazione della psichiatria torinese è drammatica sul punto cure ma anche risorse, se vogliamo, anche se quello delle risorse è un discorso anche sbagliato... Z. è un bravo psichiatra, ha fatto tutto in questi anni anche se non c'erano soldi, non è che è cambiato qualcosa, se uno vuole fare lo fa, chiacchierare con i pazienti non è una cosa che costi molto, eh? Cerchiamo di non prenderci in giro su queste cose. [M3]*

E, comunque, a voler parlare di risorse, esiste un patrimonio professionale nel pubblico che è e sarebbe spendibile verso una psichiatria che cura:

*Oggi ci sono psicologi che sono in grado di fare terapie idonee, non è come una volta che si diceva lo psicoanalista costa tanti soldi, ci sono psicologi anche nelle Asl, che ascoltano, ti dicono e ti curano. [M3]*

Dall'esperienza vissuta arriva un ammonimento cruciale: il nesso tra povertà dell'offerta di cura da parte dei servizi territoriali porta con sé un elevato rischio di re-istituzionalizzazione, perché se si crea un “buco nero” di una psichiatria che non cura e che non promuove la qualità della vita, la bilancia dei vantaggi e degli svantaggi potrebbe pendere (già pende) clamorosamente a favore di un contenimento più secco, meno ambizioso (e più lucroso):

Questa è la via per mantenere una psichiatria territoriale, perché se no finisce che riaprono o fanno sempre più utilizzo di strutture di contenimento, come già ce n'è tante, tantissime. [M3]

#### 4.3.3. Il sociale della psichiatria. Autonomia, dignità, cittadinanza

Il CSM funziona, e non secondariamente, quando si fa efficiente ed efficace perno di un sistema che include e valorizza la dimensione sociale della vita delle persone e la loro quotidianità. Il sociale della psichiatria è

un sistema complesso, fatto di attori diversi e di protocolli tra loro, dove il terzo settore e l'associazionismo giocano un ruolo cruciale, e dove la regia pubblica esercita – nel bene come nel male – un ruolo cruciale.

*Sinceramente ora non mi sento di chiedere niente di più e mi sento un privilegiato, io sto bene perché non ho più i problemi che avevo a casa, di violenza, e quindi mi sento un privilegiato. Ci sono altre persone che non sono autosufficienti come me, che lavoro e sono indipendente [...] Sono inserito in un progetto della cooperativa S., sono seguito da loro, vengono a trovarmi una volta la settimana [M1]*

La promozione di questa dimensione sociale è anch'essa *cura*, come è biograficamente evidente in questa storia, dove TSO e contenzione sono stati strettamente connessi a una situazione familiare obbligata e insostenibile, prima che un percorso di autonomia, fatto di pubblico e di privato, intervenisse a fare la differenza:

*Sono andato in ospedale a chiedere aiuto e loro mi hanno aiutato, sono riusciti a farmi entrare in questo progetto. Perché io lavoravo in una cooperativa sociale e guadagnavo 700 euro al mese e non ce la facevo a prendermi una casa e a mettere qualcosa da parte, poi anche grazie a questo progetto sono riuscito... poi adesso ho fatto anche domanda della casa [ATC] essendo in questo progetto diciamo che sono avvantaggiato, qui è una struttura dell'Asl, e ho il domicilio ma non la residenza, e serve per accelerare i tempi per la casa se no i tempi chissà dove arrivano. Ma era insostenibile che io stessi sempre in quella casa, con i fratelli e grazie a dio sono entrato in questo progetto e diciamo che va benissimo. Mi dispiacerà andare via da qui perché so quello che lascio ma non quello che trovo [M1]*

#### 4.3.3.1. Il lavoro tra autonomia, reddito e dignità

Se – ormai- da una attività lavorativa poco ci si aspetta in termini di identità personale e ruolo sociale, tuttavia questa odierna *debolezza* del lavoro va declinata, per tutti e tutte, criticamente e colta nelle sue vigenti ambivalenze. Il lavoro nelle narrazioni continua a declinarsi come autonomia personale ed economica e come opportunità relazionale, e ancora e nonostante tutto come una modalità di *appartenere al mondo* cui le persone intervistate attribuiscono un significato importante:

*Ho avuto l'opportunità di Arcobaleno, che era nello stesso stabile del centro e ho partecipato ad alcune iniziative, soprattutto quella del catering per cui si faceva servizi presso il Comune o quando c'erano dei meeting.*

I - Cosa ti è piaciuto di questa realtà di Arcobaleno?

*A parte qualche partita a carte con gli altri malati e qualche caffè perché c'era il bar gestito dall'associazione, l'aspetto che più mi interessava era quello lavorativo, perché essendo arrivato fino a 45 anni con alti e bassi ma sempre con un lavoro continuativo, trovarmi senza un lavoro e senza un impegno concreto è proprio quello che viene a mancare, e questa associazione trovava degli sbocchi. Non penso sia solo un problema mio, il problema della indipendenza economica è un problema di tutti [M2]*

Attraverso il lavoro passa in parte anche la *possibilità della cura*, grazie al potere di scegliere e migliorare la propria condizione, e passa – anche – la chance di nutrire un proprio *orgoglio contro-assistenzialista*, coltivando la consapevolezza del proprio valore:

*Mi hanno assunto e son stato 13 anni, e loro sapevano che io ho le mani d'oro, tutte le scuole che avevano le chiavi in mano... io ho fatto la proposta, datemi un mezzo e le attrezzature e c'è da aggiustare una lavagna, io vado, un rubinetto? Vado. Una piastrella rotta?... e non mi hanno dato la possibilità di mettermi a 8 ore, ma io avrei avuto la possibilità di un altro stipendio e potevo andarmene via da quella casa dove vivevo troppo male [...]E niente, non mi hanno dato la possibilità di fare più di 5 ore, un part time, e allora me ne son andato, dicendo magari trovo qualcosa di meglio. E infatti ho preso di 13 anni 3000 euro di liquidazione, poco [M1]*



### 4.3.3.2. L'associazionismo tra sociale e cittadinanza

Il terzo settore è sostegno alla cura, all'autonomia abitativa e lavorativa, ma è anche luogo di cittadinanza, laddove nessuna azione di *empowerment* può essere definita tale se rimane confinata nel campo delle tecniche e degli specialismi professionali. Il vecchio detto novecentesco – il lavoro sociale è monco se si limita alla *riparazione* e non promuove cittadinanza - trova nelle biografie sia una meritata citazione narrativa che una acuta critica.

La citazione riguarda le opportunità offerte dall'associazionismo, dei pazienti e “misto”, nella triplice direzione del prender parola per sé, trovare luoghi e linguaggi condivisi, comuni, e trovare nei pari, simili o diversi ma pari, sostegno, orientamento, forza; fuori dai linguaggi della patologia, dentro uno sguardo centrato sull'umano:

*Sono tornata a Torino ed ero domiciliata in questo gruppo appartamento, e si trattava di riorganizzare la vita di tutti i giorni per poi ritornare a casa mia. Una delle prime cose mi hanno proposto una borsa lavoro da fare qui [ad Arcobaleno] io già ero occupata, facevo delle cose a Cascina Roccafranca, altri gruppi, corsi di cinema, avevo le mie cose, però avevo bisogno di questi mesi per valutare, cosa voglio fare a Torino? Cadevo in depressione, che faccio mo? sono a Torino in piena estate dopo 3 o 4 anni che manco, da sola? E questo è stato un punto fondamentale per me [F1]*

*Poi ho conosciuto queste persone meravigliose che frequento ancora, perché Gino, Epaminonda, Raffaella... anche se ho finito, ma continuano a darmi tanto, cazzarola... Martedì sono smontata dalla notte e ero sfattissima, ma sono andata a questo incontro di Mente locale dove hanno ... son venute fuori delle cose, a volte sono... emotivamente sono dei vulcani, vengono fuori dei dolori, delle cose potentissime che ti sconfiggono, momenti fortissimi ma vitali, e ci vuole! [F1]*

La critica radicale e acuta va oltre, e punta ad evidenziare i limiti anche di un associazionismo che, sebbene valido sotto i citati profili ed esiti, rischia di rimanere *dentro* il sistema della psichiatria, magari *dentro e contro*, o *dentro e oltre*, ma forse comunque invischiato, settorializzato. L'associazionismo ha di fronte a sé la sfida di reinventare le proprie modalità di fare cittadinanza e saltare il muro della nicchia psichiatrica; la persona, quella di emanciparsi dai sistemi di protezione, anche quelli più *dolci*, per pronunciare davvero la parola *recovery*, guarigione:

*Io ho fatto parte anche di gruppi di mutuo aiuto, ci siamo confrontati su questi temi in modo anche profondo. Anche come utenti ci siamo fatti i nostri pensieri e abbiamo metabolizzato nel tempo queste domande. Dal mio punto di vista la cosa più importante per arrivare a una guarigione è trovare uno sbocco fuori dai sistemi di protezione, che possono essere il TSO, le strutture ma anche le associazioni, nel senso che io sono rimasto in contatto per un certo tempo sia con l'associazione Lotta alle malattie mentali sia con Arcobaleno, ma sostanzialmente è lo sbocco nel mondo esterno quello che ti permette di vivere la tua vita sociale. Quello che manca in molti casi è un piano di reinserimento reale, che non sia né il contenimento in reparto ma nemmeno l'associazionismo dei pazienti, comunque. [...] Quello che è il dopo cura è carente. Mancano fondi, mancano opportunità [M2]*

## 4.4. Cartografie della crisi

Le biografie narrano di numerosi episodi critici nel corso della vita e della loro gestione, secondo una cartografia variegata di cause, vissuti e approdi trattamentali. Il ricovero in SPDC e, spesso, in strutture private o convenzionate, è “*la*” risposta alle crisi che il sistema offre, se si fa eccezione per rari episodi narrati di come sia stato possibile prevenire o governare la crisi senza ricorrere a un ricovero<sup>56</sup>. Le narrazioni

.....  
56 F1 riporta numerosi ricoveri soprattutto in cliniche private e 3 TSO, M1 rispettivamente 3 e 2, M2 circa una decina di ricoveri anche volontari e 4-5 TSO, M3 16 ricoveri, tra SPDC e cliniche, e 3 TSO

descrivono ricoveri volontari, ricoveri e TSO accettati e/o negoziati più o meno attivamente o forzatamente, di TSO subiti tout court.

#### **4.4.1. Il ricovero volontario. Gli SPDC come luogo della tregua**

Nelle biografie raccolte, nei vissuti della crisi gli episodi di ricovero volontario in SPDC, sebbene siano minoritari rispetto alle modalità negoziate o obbligate attraverso TSO, rappresentano in alcune situazioni una risorsa di tutela.

##### **4.4.1.1. Un SPDC “ponte” per i periodi di transizione**

Alcune delle situazioni descritte riguardano la “copertura” di un periodo di transizione, da una situazione a rischio a una maggiormente adeguata, e in qualche modo il reparto diventa insieme tregua e “ponte” e risolve problemi concreti di vita. In quest’ultima accezione c’è forse da chiedersi quanto questo sia un compito forse improprio, di supplenza, a volte più sociale che sanitario:

*L'ultimo ricovero perché non andavo d'accordo con i fratelli, io prendo il leponex, se io di notte mi sveglio malamente un po' che sono emotivo un po' il farmaco, non dormo più, e a casa mia c'erano delle cose fuori dal normale, potevi svegliarti di notte e dovevi magari togliere di mano il coltello al fratello, che si sarebbero ammazzati, eravamo in quella casa diciamo abitué di polizia, ambulanze e carabinieri, li conoscevo tutti quanti perché ... io di notte mi svegliavo e dividevo i miei fratelli per queste cose. E sono andato al Giovanni Bosco e ho raccontato queste cose e mi hanno tutelato*

I - In quel caso hai chiesto tu il ricovero?

*Sì sì, ho chiesto io, hanno detto vuoi fermati un po' qui? e ho detto di sì, mi sono fermato. Sono rimasto lì alla fine perché a casa non potevo tornarci. [M1]*

La stessa biografia ben racconta di come, al di là della finalità sociale, e di quella dell'immediata tutela personale, l'SPDC in questo caso sia stato una tregua, riprendere un ritmo di vita che il protagonista ricorda come un passaggio per sé positivo:

*Lo conosco [il reparto], e io stavo benissimo, i materassi erano comodissimi, l'unica cosa che non mi andava giù, nel primo periodo, perché io sono un po' vergognoso per queste cose, ma forse era il farmaco, perché ho visto anche altri ragazzi che erano lì, che se la facevano addosso, praticamente di notte dormivo, dovevo andare al bagno ma invece la facevo nel letto, ed ero vergognoso, mi capitava solo di notte. Comunque per me già il solo fatto di avere una tranquillità, andavo a dormire e mi svegliavo la mattina, alle sette, ed ero lucidissimo e riposato, fisicamente e mentalmente, facevo la mia colazione e rispettavvo degli orari, la sera a letto e la mattina mi alzavo, ed era una cosa fuori dal comune, non ero più abituato. [M1]*

##### **4.4.1.2. In reparto contro il disorientamento e la perdita di controllo**

Il ricovero volontario è, poi, una risposta che la persona cerca quando percepisce e riconosce una perdita di controllo e una temporanea incapacità a governare l'andamento della malattia. Entrambe le esperienze che seguono descrivono l'impatto della perdita del controllo e il bisogno di un sostegno a partire da particolari episodi critici. In un caso si tratta di un evento critico che incide sull'immagine stessa che il protagonista ha di sé, in cui si innesta la pressione della famiglia, che egli assume come legittima:

*È scattato quel meccanismo di passaggio dalla fase depressiva a quella euforica, per cui non essendo ancora padrone di questa situazione ho sospeso i farmaci in modo autonomo, e quindi sono passato in questa fase maniacale. No no,*

*non è stato un TSO, è stato volontario perché l'episodio era stato abbastanza violento*

I - Ho capito. Non hai voglia di parlarmene?

*È stato una notte, con la mia ex moglie ho avuto un attimo di crisi per cui l'ho presa per i capelli, l'ho tirata e questo è stato sconvolgente, per me. Non era il mio modo di essere, ed è stato un episodio per me davvero strano. Ho chiesto io il ricovero su consiglio di tutta la famiglia [M2]*

In un'altra biografia si tratta del disorientamento provocato dal riemergere di un disagio acuto dopo anni di stabilizzazione; il ricorso al (allora neonato) SPDC però dura poco, il bisogno di sostegno è reale ma la struttura si rivela troppo chiusa e inadeguata:

*Nel '79 a quasi quattro anni dalla crisi di Grugliasco sto di nuovo male [...] Dopo il '79, dopo la riforma, c'era ancora G., piazzato ora nel reparto delle Molinette, il primo che hanno fatto a Torino, e allora io sono andato lì.*

I - Sei andato di tua volontà, in quel caso?

*Sì, di mia volontà però poi sono scappato, poi sono tornato, non ricordo, ricordo che stavo sempre vicino alla porta che aveva un comando elettrico e quando entrava qualcuno che andava a trovare qualcuno io passavo... e uop! E c'era un compagno, P., con un camion sotto le Molinette e mi ha portato al bar in via Torino! [M3]*

In un caso infine l'SPDC ha offerto la possibilità di gestire una situazione familiare tesa, sul crinale; il protagonista non descrive una situazione fuori controllo, quanto piuttosto riconosce percezioni e necessità familiari e legittima così la scelta responsabile di "dare respiro" ai suoi. Ciò che trova disponibile e accessibile, a questo scopo, è il reparto:

*C'è stato un minimo di responsabilità anche nei confronti della famiglia, dopo un po' la moglie si innervosisce diciamo così per usare un eufemismo, quindi togliere quei 15 giorni di ricovero allenta la tensione e può essere utile anche per i rapporti sociali. Non essendo in euforia gigantesca per cui uno si crede il padrone del mondo, però un po' sopra le righe, ma se riesci a prendere coscienza è possibile anche giungere a un compromesso di questo tipo [M2]*

#### **4.4.2. Ricoveri "negoziati". Un consenso asimmetrico senza troppe alternative**

La richiesta di adesione da parte delle equipe curanti alle proposte di ricovero - in SPDC o in strutture private - è, nelle biografie raccolte, pratica frequente, oggetto di una adesione che, pur nella netta asimmetria della relazione medico-paziente che non ne fa propriamente una "negoiazione", implica comunque una comunicazione e una gestione ragionata della decisione. È, cioè, una adesione per lo più senza alternative reali, che tuttavia nei racconti offre lo spazio per la comprensione degli obiettivi e delle ragioni di una proposta:

*Ci sono stati dei momenti, e sempre più frequenti nel corso dell'università, dei momenti in cui crollava la mia situazione clinica e crollando questa crollava anche quella psicologica perché volevo dire che stavo perdendo il controllo, e dovevo essere ricoverata. E dunque sono stata ricoverata a Fara per un mese, poi a San Giorgio, a Viverone, sono stata ricoverata, avendo dato gli esami di medicina, sul lago di Garda*

I - Scusami, questi ricoveri erano richiesti da te o predisposti da altri? *Erano sollecitati dall'equipe, dal mio psichiatra e dal mio nutrizionista [F1]*

##### **4.4.2.1. Ricoveri-parcheggio, ricoveri-transito**

Il ricovero proposto svolge anche una funzione-tampone in attesa che maturino i tempi e le risorse necessarie

al percorso trattamentale stabilito. In questi casi entra prepotentemente in scena il sistema privato, anche a causa dei limiti di quello pubblico, e questo implica una variabile in più, la qualità spesso scarsa se non ai limiti dell'illecito delle strutture private. È soprattutto rispetto a questa rete che si verificano le maggiori criticità e che si rivela la scarsa o nulla capacità negoziale del paziente:

*In attesa di Moncrivello e anche perché dopo 4 mesi volevano liberare posti per magari qualcuno che se ne faceva qualcosa, e sono stata mandata a Villa Cristina. 4 mesi a Villa Cristina. Quella è stata davvero una deportazione. Mi ha mandato il CSM, dovevano fare le pratiche burocratiche per Moncrivello e non sapevano dove farmi stare, alle Molinette non potevo più stare, era un parcheggio [F1]*

*Poi G. [SPDC Molinette] mi dice vuoi andare al Fatebenefratelli? E io ma se vuoi che vada, vado... era un posto assolutamente impossibile... **E cosa avresti dovuto fare lì?** Boh, stare lì, allora non si usava affatto, adesso si usa molto, dopo il reparto ti fanno fare un periodo di post acuzie, la chiamano, e in genere in una casa di cura, allora non si usava e non so perché G. mi avesse proposto il Fatebenefratelli che faceva pena come Villa Cristina, più o meno, non era una caserma ma... Comunque quello era un postaccio. [M3]*

#### 4.4.2.2. TSO e silenziosi assensi

Contraddizione in termini, anche sul TSO viene a volte chiesto una sorta di consenso e di adesione, i medici offrono al paziente una motivazione esplicita dell'opportunità di questa scelta e cercano di motivarlo ad accettarla senza resistenza. In questo caso quello che è in gioco non è il consenso, ovviamente, ma la possibilità di gestire la procedura del trattamento obbligatorio in maniera meno violenta, di addolcirne l'impatto evitando una rischiosa catena di azioni e reazioni. In questa testimonianza questo dispositivo di indotto "silenzioso assenso" è ben raccontato, e si intuiscono le buone ragioni che stanno alla base dell'adesione:

*Ho avuto poi altri TSO qui a Torino, 4 o 5 [...] Ovviamente pochissimi in fase depressiva, che per lo più me li passavo a casa, ma nelle fasi maniacali, erano dei TSO abbastanza concordati*

I - Mi spieghi bene cosa vuol dire TSO concordati?

*Diciamo che venivano accettati da me, non è che fossero violenti o con intervento di polizia, di forze dell'ordine.*

I - Però se è un TSO non è che lo decidi tu...

*No, ti viene proposto dallo psichiatra, e ti viene detto o lo facciamo così e ti accompagniamo con gli infermieri oppure... e diventa violento, con polizia o carabinieri e ti portano con la forza. Io tendenzialmente dicevo di no, non volevo ricoverarmi, poi davo non dico un consenso ma un assenso silenzioso, per lo più. [M2]*

#### 4.4.3. La gestione delle crisi tramite TSO (senza adesione alcuna)

Le persone intervistate hanno inanellato nel corso della vita un buon numero di esperienze di TSO, oltre a quelle che hanno implicato una pratica delle contenzione, descritte più avanti. I racconti descrivono i TSO "puri", subiti senza adesione, come risposta a tre diverse tipologie di situazioni: il rischio sanitario, la ribellione alle terapie e le pressioni famigliari.

##### 4.4.3.1. L'alto rischio sanitario

Il rischio stesso della vita, in un caso, o comunque una situazione fortemente compromessa sono alla base della decisione di questi TSO: nel primo caso la protagonista riconoscerà ai medici ex post lo "stato di

necessità”, nel secondo resta aperto il dubbio sul fatto che forse un’alternativa si poteva trovare.

*Nel 2007 ho cominciato a perdere il controllo di queste cose e siamo arrivati al TSO, a un certo punto. E me ne hanno fatti tre di seguito, di TSO [...] Io mi sono prescritta – perché ero medico e mi prescrivevo i farmaci – mi ero prescritta una cartina di Lasix, perché avevo preso due etti... e mi son trovata con il potassio a zero da arresto cardiaco [F1]*

*Uno mi è successo qui [a casa], è arrivata la SUP [Servizio Urgenza Psichiatrica], io non è che mi ricordi che ci fosse troppo casino, e anche qui mi han fatto l'iniezione e mi hanno imbragato e sono arrivato al reparto al Maurizioano dove c'era una dottoressa che era una brava dottoressa ma non aveva molta idea di come aiutarmi, guarda te lo faccio fare io il TSO, se no ti rovini [M3].*

#### 4.4.3.2. Contro la ribellione alla terapia

L'esplicito rifiuto del, e la resistenza al, trattamento motivano la scelta del TSO, in mancanza di una adesione alla proposta terapeutica. In un caso anche come reazione alla ribellione radicale della paziente:

*Poi mi hanno portata una seconda volta lì, sperando che... però io ho dato di testa, ho distrutto tutto, non ci volevo stare, perché mi han detto stavolta stai alle nostre regole.*

I - Ti sei ribellata...

*Sì, ha voluto dire che ho distrutto il reparto, ho buttato giù le piante, ho strappato tabelloni dalla parete mi sono anche fatta male a un piede e sono finita al pronto soccorso... non volevo starci e allora il medico del reparto mi ha detto in ambulanza e su a Torino in TSO e sono arrivata alle Molinette in TSO. [F1]*

*Il primo TSO l'ho avuto alle Molinette, nel 79, perché come fanno tutti io ho detto se voi mi tenete qui ancora o mi fate il TSO oppure è sequestro di persona e allora la A., che è una palluta, ha preso il modulo ha firmato e ecco qua il TSO, sei contento? E così me la sono tirata. [M3]*

#### 4.4.3.3. Le pressioni esterne. La famiglia

La resistenza al TSO ha, in questo vissuto, le sue ragioni nel non riconoscere il proprio momento come momento di perdita di controllo e di acuzie, dunque nel non riconoscere il fondamento della decisione. Qui, le pressioni sui medici da parte della famiglia, allarmata da alcuni comportamenti, porta a una dinamica violenta, che lascia dietro di sé la percezione di un atto ingiustificato:

*Ce n'è stato uno con i carabinieri, però, perché in quel momento non mi sentivo, cioè ero in fase maniacale ma non con punte, episodi diciamo eccessivi, secondo me. E lì è stato via San Secondo, un po' perché era intervenuta la moglie di mio fratello che è avvocato ed è andata a intervenire presso la direzione, a rompere... e al distretto si sono sentiti obbligati a fare questo TSO.*

I - Ma era accaduto qualcosa di preoccupante?

*Ma diciamo che loro mi vedevano in questo stato di euforia e hanno pensato di intervenire, io ero già con mia moglie, che non è che abbia spinto ma insomma... c'è stato questo TSO [M2]*

## 4.5. Prevenire il ricovero. Qualche variabile da considerare

Una lettura in filigrana delle testimonianze consente di individuare alcune tracce utili a riflettere sulla possibilità di limitare i ricoveri e su alcune, diverse, variabili che influenzano la gestione delle crisi<sup>57</sup>

### 4.5.1. Una buona qualità della vita

Nella biografia di chi, in passato, è ricorso all'SPDC anche per tutelarsi dai rischi di una vita sociale e familiare difficile, il raggiungimento di una condizione personale di maggiore autonomia e una discreta qualità della vita - a parità di trattamento farmacologico - ha posto fine ai ricoveri:

*No, no [non ho più avuto bisogno di un ricovero]. Anche perché sono seguito da loro [educatori della cooperativa] e mi dicono qualunque cosa chiamo, io tante volte non li voglio disturbare non chiamo, però loro dicono qualunque cosa chiamo. Per il resto va tutto abbastanza bene. [...] Sinceramente ora non mi sento di chiedere niente di più e mi sento un privilegiato [M1].*

#### 4.5.1.1. "Esperti di se stessi": conoscersi e conoscere la malattia

Un aspetto importante nell'individuare, prevenire e capire una crisi è la consapevolezza di sé, conoscersi, conoscere la malattia e il proprio modo di viverla. Questa competenza personale del proprio disagio – che una “buona psichiatria” dovrebbe non solo riconoscere ma anche incentivare e sostenere – è la base per avere una strategia personale di *coping* e per un efficace *selfempowerment* nella crisi. La qualità di “esperto di se stesso” è certo funzione di alcune caratteristiche e risorse personali, ma può anche essere letta come un apprendimento progressivo e come prodotto e portato della cultura (e del paradigma) in cui si è immersi:

*Questo è un disturbo che riguarda ciascuno di noi, non si possono fare degli schemi, ognuno la vive come gli viene. Così come l'efficacia dei farmaci, ognuno ha la sua efficacia, ad alcuni fanno bene, ad altri male e ad altri ancora non fanno niente. È un piano inclinato, la crisi maniacale, quando tu cominci come dire a – non voglio usare parole cretine – ma quando cominci a non essere più capace a capire le cose, non è che ti accorgi subito che sta arrivando una crisi [M3]*

*Non ho dormito tutta la notte e per me quello è un sintomo gravissimo*

I - È il tuo campanello d'allarme?

*Il mio campanello d'allarme, per me non riuscire a chiudere occhio la notte è gravissimo. Allora io avevo il Largactil e ne ho prese due pastiglie da 100mg, ho telefonato a Torino per dire che non potevo venire perché stavo male e ho dormito 15 ore. Così sono riuscito a scampare una fase maniacale, avevo questa psicosi maniaco depressiva che oggi chiamano bipolare, e così me la sono scampata, mi è capitato altre volte di dormire e così evitare la crisi [M3]*

Il divenire esperti di sé è anche funzione di un percorso terapeutico in cui esista una *alleanza dei saperi e degli apprendimenti* tra medico e paziente, in cui il percorso terapeutico prende forma in una condivisione tra diversi ma nel rispetto e nell'ascolto. La cura, qui, è una *ricerca*, che ospita la parola modesta nella professione e fa della parola del paziente una fonte credibile:

*E io ringrazio Dio o non so chi ringraziare che i miei terapeuti non erano quelli. Quella non è terapia, non è terapia, eppure ci sono quelli nelle mani dei CSM che sperimentano solo quello. Io li ascolto nei gruppi e sento peste e corna contro gli psichiatri e contro la psichiatria e li capisco. Io so che c'è una psichiatria furba, una psichiatria utile che fa davvero ... anche rispettosa*

.....  
57 Altre variabili e riflessioni su questo tema sono incluse e sviluppate nel paragrafo 6.

I - La questione della relazione medico paziente è questione cruciale

*Ma caspita certo!, anche adesso che con il mio terapeuta ci vediamo e mi dice ma cos'è che abbiamo sbagliato... e cerchiamo di capire, potevamo accorciare i tempi, hai avuto una storia di sofferenza di vent'anni, in che momenti potevamo... e questo è importante [F1]*

#### 4.5.1.2. Ex ante: opportunità terapeutiche accessibili e accoglienti

Una fase acuta non necessariamente ha un destino d'emergenza, prima ancora che di contenzione: vi sono gesti di cura che possono prevenire o governare la crisi, qualora il modello operativo e il sistema consentano il giusto tempo, relazioni di presa in carico adeguate, la continuità necessaria. Le biografie, in questa direzione, offrono una concretezza alternativa importante: per esempio, relazioni quotidiane, continuative, cura e un monitoraggio attento.

*La mia ultima fase acuta - che però non era acutissima, evidentemente... - è stata risolta con il fatto che tutte le mattine alle 9 andavo al centro sia per i farmaci, sia perché ti vedono, come stai, ti seguono, una cosa che normalmente tutti i giorni non puoi fare con il tuo psichiatra, può essere una alternativa, per me è stato così, questa prassi un paio di volte mi ha evitato il ricovero. Quello che ci si aspetta è un minimo di prevenzione in più e di gradualità nell'intervento[M2]*

#### 4.5.1.3. Piccoli manicomi crescono. Neo-istituzionalizzazione diffusa e gestione delle crisi

Ci sono fattori di contesto che incidono sulla tendenza a trattare le crisi con modalità istituzionalizzanti. Non appare secondario a un intervistato il proliferare di strutture che proprio "sulle crisi" hanno ritagliato la propria mission, in un sistema misto dove il privato, progressivamente, è lievitato, con una offerta di nuovo contenimento dalle forme cangianti. Se, come dichiarato da uno psichiatra intervistato, avere in reparto gli strumenti per la contenzione vuol dire che prima o poi la contenzione la si pratica, così avere un territorio costellato di strutture per i ricoveri più o meno obbligatori vuol dire che i ricoveri prima o poi si fanno:

*La legge 180 prevede una sola struttura di ricovero, che è l'SPDC, e basta. Poi nel corso dell'applicazione della legge, dagli anni Ottanta al 2000, nel percorso di chiusura reale e concreta dei manicomi, viene fuori che non sanno dove metterli, e allora cosa fanno? Cominciano ad aprire queste comunità, vari tipi di strutture terapeutiche di tipo a e b e c... [...] Non c'è nessuna legge e nessuna norma che parli delle strutture, solo nel progetto obiettivo del '94 per la prima volta si parla di comunità, ma allora erano funzionali alla chiusura dei manicomi, non a metterci la gente che non hai voglia di curare sul territorio! [M3]*

## 4.6. L'esperienza della contenzione meccanica

### 4.6.1. Le modalità del TSO come profezia della contenzione

Dai racconti emerge la netta correlazione tra modalità e pratica concreta di gestione del TSO e contenzione meccanica in SPDC. Non tutti i TSO vissuti dalle persone intervistate hanno avuto l'esito della contenzione, e se questo in parte ha a che fare con l'intensità delle diverse crisi e relativi comportamenti soggettivi, non pare questo il primo e più significativo indicatore che porta all'adozione di misure contenitive. Quello che emerge non è un nesso lineare comportamento-reazione, gravità della crisi-contenzione, ma una dinamica complessa che avviene in un contesto dove sono diverse le variabili che giocano un ruolo incisivo verso l'esito finale.

#### 4.6.1.1. Le crisi e l'attivazione del TSO

In prima battuta, va osservato come la descrizione delle singole crisi individuali metta in scena situazioni assai diversificate, non omogenee quanto a grado di presunta necessità – rispetto ai comportamenti iniziali – della contenzione come *estrema ratio* per il fronteggiamento di una situazione a rischio. Il TSO scatta per la richiesta di una famiglia preoccupata per i comportamenti non ordinari o fuori controllo del congiunto, ma in assenza di gesti al limite; una situazione di anoressia che si sta aggravando; una frase sconnessa lanciata verso dei carabinieri; espressioni di forte disagio dovute a alcool e malattia: per come descritti, sono scenari critici ma di non particolare impatto verso persone, cose e ambiente.

*Ci sono finito perché i miei fratelli mi hanno visto un po' strano, io camminavo tantissimo, andavo in via Roma, dappertutto dove la mia mente mi diceva di andare, mi han visto strano, mio fratello ha parlato con mia cognata, la mia ex cognata – abbiamo anche adesso un buonissimo rapporto – e son venuti a casa degli psicologi di via Leoncavallo e io ho chiamato la polizia*

I - Hai chiamato al polizia quando hai visto gli psicologi?

*Si ho chiamato dicendo che le psichiatre mi importunavano e quindi, mi sono ritrovato al Giovanni Bosco ricoverato [M1]*

*Sono arrivata poi a perdere davvero la capacità di gestire questo mio sintomo, intorno al 2007, ero già laureata e lavoravo già da un bel po', [...] sono andata ad abitare da sola, e dunque pur avendo costruito tanto, [...] comunque son crollata. Nel 2007 ho cominciato a perdere il controllo di queste cose e siamo arrivati al TSO, a un certo punto. E me ne hanno fatti tre di seguito, di TSO [F1]*

*Avevo dei pensieri fuori dall'ordinario e frequentavo un locale e vedevo pericoli un po' dappertutto ed è passata la camionetta dei carabinieri e ho gridato qualcosa e mi hanno imbarcato... Mi hanno imbarcato e portato da lì a XX e lì sono stato interrogato da uno psichiatra, un colloquio su al reparto, mi han fatto un prelievo del sangue, cosa che mi è sembrata strana, senza motivarlo, dico i farmaci che prendo glieli dico io, non è che do fuori di testa perché sono sotto droghe, ho sempre spiegato la mia situazione, che sono sotto farmaci, antidepressivi. A quel punto lì hanno deciso che mi dovevano ricoverare [M2]*

*La prima volta... dopo il militare, perché da militare non sono stato ricoverato, mi avevano mandato in medicina generale a Brescia e poi sono venuto a casa. Un anno dopo e avevo già la piola [l'osteria N.d.r.] ed era il marzo del '74, stavo male, bevevo, sentivo... Ero proprio fuori [...] Ma ci sono finito perché ho rubato una macchina, davanti alla piola, poi mi son messo a dormire dalle parti di XX e si è fermata una macchina della polizia, mi han chiesto i documenti e io guardi non li ho, la macchina è rubata, e mi han portato a Venaria dove ho tentato di distruggere la cella perché non mi lasciavano andare al gabinetto, mi han portato alle Nuove, alle Nuove è venuto un magistrato a interrogarmi, mi ha chiesto se avevo un avvocato, e io sì ne ho due, ah due, i nomi? Sacco e Vanzetti e lui ha scritto Sacc... poi se n'è accorto e va bene, allora vada 40 giorni in manicomio [M3]*

#### 4.6.1.2. Dal TSO verso la contenzione

Le biografie mettono in evidenza la possibile correlazione tra impatto delle modalità del TSO e le successive reazioni soggettive, che vanno a quel punto ad alimentare un dispositivo a catena, esacerbando una escalation di comportamenti reciproci.

Si tratta a volte di una reazione soggettiva alla violenza del TSO tout court, che non trova riscontro nella propria percezione di sé e dei propri comportamenti, e che viene vissuta non solo come violenza ma anche come ingiustizia subita, impatto che a sua volta causa una reazione. La presenza delle forze dell'ordine, con il relativo impatto con le modalità tipiche di un arresto, è fattore precipitante, così come il sentimento di paura che questo impatto porta con sé:



*Io ho fatto a quel punto un certo tipo di opposizione dicendo che non ne vedevo il motivo [del ricovero], sì ero un po' in paranoia ma ... avevo affittato un bungalow e ho detto no, adesso mi riportate giù. Io mi opponevo, loro hanno chiamato di nuovo i carabinieri, loro sono arrivati e lì è scattato un TSO violento.*

I - Violento cosa vuol dire? Ma perché tu avevi reagito anche fisicamente?

*No no, io ho detto ma a voi vi gira, e loro "adesso ti facciamo girare noi" uno mi ha preso per una gamba e altri due per le braccia e mi han fatto girare sul piazzale*

I - Girare?

*Mi han fatto fare la trottola sul piazzale, loro mi giravano intorno e io giravo nel mezzo... così, siccome io ho detto a voi vi gira loro mi hanno fatto girare... non molto professionale, no? Io mi sono piuttosto incazzato, avevo una mano libera e con questa mano ho afferrato i testicoli di uno dei carabinieri che mi teneva, ovviamente mi hanno lasciato subito e fatto cadere e fortunatamente non era altissimo e non mi sono fatto male, e lì è stato il primo TSO con contenzione fisica [M2]*

L'esperienza della contenzione meccanica è raccontata anche in relazione al rifiuto dell'assunzione del farmaco nel momento della crisi, dove al temporaneo contenimento fisico necessario alla somministrazione, segue in maniera che appare nei racconti scontata, routinaria, un periodo di contenzione meccanica post sedazione e post somministrazione:

*Il TSO, io mi ricordo che c'era un poliziotto e i vari psicologi dell'ospedale e io non volevo farmi sta puntura, mi nascondevo dietro... perché avevo paura che mi facessero del male, pensavo che era la mafia...*

I - Eri ancora nel tuo film...

*Esatto!*

I - Ma loro non ti hanno spiegato cosa succedeva, cosa ti avrebbero fatto?

*Solo che dovevo fare questa puntura [M1]*

*E mi ricordo che quando sono rientrato e adesso giuro la motivazione non me la ricordo, vorrei capire cosa è successo, mi son sentito prendere e mi hanno poi contenuto, mi hanno legato. Mi sono svegliato legato.*

I - E cosa era successo?

*E non mi ricordo niente, ma io sono convinto che sia stato il farmaco a provocarmi una reazione, perché io mi conosco, io non ho scatti violenti*

I - Qualcuno dopo te ne ha dato una ragione?

*Ma diciamo che io non ho mai posto la domanda di quello che era accaduto, però mi ricordo benissimo che ero legato e proprio alla David Copperfield, perché avevo le mani e i piedi legati così. [M1]*

Io mi sono prescritta – perché ero medico e mi prescrivevo i farmaci – mi ero prescritta una cartina di Lasix, perché avevo preso due etti... e mi son trovata con il potassio a zero da arresto cardiaco e quindi mi han portata di peso e mi hanno detto se tu ti fai male così e perdi peso e non mangi, e noi ti mettiamo le flebo perché hai bisogno di liquidi e tu ti strappi le flebo, finché hai le flebo noi ti dobbiamo legare [F1]

E nei TSO che ho avuto sono sempre arrivato imbragato, io, in repartino, cioè TSO e repartino uno qui, uno a Carmagnola, e mi facevano l'iniezione di sedativo e poi mi legavano. Io nel 98 ho avuto l'ultimo ricovero al Giovanni Bosco [M3]

## 4.6.2. Vissuto e sentimenti della contenzione

Che la contenzione non sia una pratica terapeutica ma di mero e violento controllo appare in tutta la sua evidenza biografica attraverso la descrizione delle pratiche contentive e delle reazioni al sentirsi legati e la memoria degli stati emotivi vissuti. Che, poi, via sia un radicale, connaturato linguaggio di violenza insito comunque nella pratica della contenzione meccanica è ben evidenziato dal confronto tra narrazioni che hanno a che fare con procedure differenti e con contesti relazionali non omogenei.

### 4.6.2.1. Le pratiche della contenzione e i gesti (dolorosi) della ribellione

Nelle biografie, dolore, disperazione e ribellione sono i vissuti tanto di chi è stato contenuto dopo un percorso fallimentare ma inizialmente condiviso di negoziazione su alternative possibili, quanto di chi si è ritrovato legato senza averne ragione e consapevolezza. Il portato di violenza e di impotenza accompagna entrambi, e i danni emotivi, fisici e psicologici non si differenziano: le testimonianze sembrano dire che anche quando invece del silenzio e dell'opacità viene offerta una ragione alla scelta della contenzione, questo non attenua la sofferenza. La pratica del legare è più forte e invasiva di ogni (eventuale e supposta) giustificazione fornita.

*Lì, sì, mi hanno legato. Lì funzionava così: innanzitutto ti leghiamo perché se ti strappi le flebo di potassio... sei 25 chili e dobbiamo nutrirti, figliola... non potevano nutrirmi in nessun modo, mi davano una fetta biscottata e io l'andavo a vomitare. Allora la modalità che hanno concordato con il mio nutrizionista – io la capisco adesso ma allora...- allora, ti diamo da mangiare quelle quattro fette a colazione e ti leghiamo al letto, così non vai a vomitare. Poi, ti sleghiamo all'ora di pranzo, ti mettiamo lì quel po' di verdura e di carne, la mangi, e non la vuoi mangiare non la mangi, oppure la mangi ma in ogni modo dopo ti rileghiamo al letto fino all'ora di cena, a cena ti risleghiamo, mangi e poi ti rileghiamo... e così sono passati i giorni [F1]*

*E sono riuscito con la mano a togliere una molla dal letto, perché io tiravo così, tiravo e tiravo, ero sedato ma mi sentivo contenuto, legato, stavo malissimo. [...] Legato sì ma... imbavagliato no [...] Gridavo come un pazzo, infermiera! Se qualcuno voleva dormire di certo non ci riusciva, mi sentivano anche lassù in chirurgia... perché essendo legato l'unica cosa che avevo di forza era spingere e addirittura alzavo il letto e lo facevo camminare, e poi tutta la disperazione era sul vocale e gridavo come un pazzo, questo me lo ricordo. Un po' debole, ero debole e sentivo le palpebre andare giù, ma avevo una forza fuori dal comune, la mia disperazione era tutta lì, come un matto gridavo, però non mi hanno imbavagliato! [ride] [M1]*

La reazione alla contenzione è una ribellione disperata, che amplifica il senso di impotenza e provoca danni fisici e, ulteriormente, psicologici e alimenta una spirale di azione-reazione in cui il reagire all'essere legati diviene – paradossalmente – una nuova e rinnovata ragione per continuare ad esserlo o per essere ulteriormente sedati:

*Pativo e tiravo tiravo e non riuscivo a slegarmi, e poi con le mani studiavo e ristiudavo... vedevo che c'era qualcosa di ferro e questa molla che sono riuscito a togliere con le dita dal letto, praticamente c'era un macchinetta con due fori ho girato ho allentato e mi son liberato. E quando loro sono arrivati ero tutto spaparanzato nel letto tranquillo e mi hanno beccato.*

I - Ma eri da solo nella camera?

*Sì mi ricordo che gridavo, infermiera! Infermiera! gridavo, poi saltavo ed essendo legato mani e piedi saltando saltando e saltando il letto camminava e sono arrivato alla porta, e loro non riuscivano a entrare dovevano spingere. Poi sono venuti i miei fratelli, a trovarmi, io avevo le palpebre pesanti e non riuscivo a parlare. [M1]*

*In quei giorni lì mi dimenavo, con queste... ma già da subito, appena me le hanno messe, ero tutta una escoriazione, io non stavo ferma, anche perché non prendevo farmaci, e la mia rabbia veniva fuori tutta. [F1]*

#### 4.6.2.2. Al culmine del dolore. L'elettroshock

Una particolare esperienza di contenzione è quella raccontata da chi ha subito, prima dell'entrata in vigore della legge 180 e presso una struttura privata, l'elettroshock. Il contesto è tristemente noto, quella Villa Cristina, a Torino, nota per le pratiche disumane cui i pazienti erano sottoposti. Chi la racconta non rintraccia in quella decisione alcuna apparente ragione, nessun ricordo legato a un episodio critico, che in qualche modo potesse averla determinata:

*Ero lì, e mentre ero in gabinetto sono arrivati due nerboruti che mi hanno agguantato mi hanno legato come un salame e poi mi hanno fatto un elettroshock, senza anestesia. Una cosa terribile.*

I - Era il periodo di Coda?

*No, non so, io Coda l'ho visto dopo al processo<sup>58</sup>... e arriva sto medico alto e grosso, io non lo conoscevo, con questa macchinetta, si è messo lì, io legato, e insomma un dolore enorme ma non solo, la sensazione che... gli occhi vedevano solo dei cerchi concentrici neri e blu, mentre passava la corrente, avevo la sensazione che il cervello rimanesse danneggiato e questo mi spaventava ancora di più, ho pensato non è che esco da qui peggio di come entrato? E poi un dolore fisico pazzesco, tutto il corpo, fa un male cane [M3]*

La riflessione di chi, dopo questa esperienza, ha vissuto anche quella della contenzione in SPDC, crea una relazione tra pratiche che, pur nella loro diversità, obbediscono a una visione e una finalità simili, quella del controllo e della punizione contrapposta a una finalità terapeutica non rintracciabile né nell'una né nell'altra di queste pratiche:

*Io ero lì che ero andato a pisciare... senza che nessuno mi dicesse niente. Ma usato come deterrente, così, come mezzo di controllo dentro la struttura, e anche come punizione, tutto meno quello per cui quei poveri deficienti che l'hanno inventato lo avevano inventato, perché l'avevano inventato pensando che funzionasse, come si faccia a pensare una cosa del genere ancora non l'ho capito, come si fa a pensarlo, ma come per tutte le terapie scioccanti, come l'insulina [...] Nella cartella clinica c'è scritto, ma c'era scritto solo TEC, uno transcranico e uno lombo pubico, perché questa era la procedura, ma basta, e sì, una diagnosi, che era maniaco depressivo. [M3]*

#### 4.6.2.3. I sentimenti della contenzione

I sentimenti più presenti nelle biografie sono l'impotenza e la rabbia, il loro alternarsi disegna il tempo della contenzione come il tempo dell'oscillazione tra il dolore e la passività annichilente dell'essere immobilizzati e l'atto della non accettazione, della resistenza.

*Io ero tutta un livido perché la mia rabbia era a palla, mi dimenavo. [F1]*

I - Che sentimento provavi, in quei momenti?

*Di essere inerme, impotente. [M1]*

*Al momento c'era la rabbia, c'era la rabbia soprattutto per l'atto dei carabinieri, se mi avessero preso uno da un lato e uno dall'altro e mi avessero accompagnato era un conto, ma il fatto che io abbia risposto non vengo con voi e loro abbiano risposto così... tra l'altro poi ho avuto anche un processo per resistenza [...] Sì, rabbia anche perché non è che io avessi fatto degli atti violenti, io li ho subiti, poi chiaramente la versione dei carabinieri è che mi stavano accompagnando e io ho dato un calcio... d'altronde, così, tu stai zitto non è che al giudice puoi dire non è vero. [M2]*

58 Giorgio Coda, psichiatra, noto con il soprannome di L'elettricista, per l'uso e l'abuso dell'elettroshock, processato per le sue pratiche sui pazienti, anche minori, e condannato dal Tribunale di Torino, nel 1974, a 5 anni di carcere, in seguito gambizzato da Prima Linea nel 1977. Di questa vicenda tratta il libro di **Alberto Papuzzi** *Portami su quello che canta*.

#### 4.6.2.4. La durata della contenzione

I tempi della contenzione riportati nelle narrazioni sono variabili, a volte avvolti in una indeterminazione segnata anche dai farmaci e dalla sedazione:

I - Ti ricordi quanto sei stato in quella condizione?

*Mah, non penso più di tre o quattro giorni, forse anche di meno, non lo so. Però mi ricordo che prima che accadesse a me questa cosa c'era un altro ragazzo che era legato, contenuto e quando poi io mi sono svegliato che non ero più legato era slegato anche lui. [M1]*

In un altro caso, si tratta di un andamento oscillante, la contenzione, le sue modalità e la durata stessa erano legate di volta in volta ai comportamenti, dentro un meccanismo di premio-punizione affidato alla valutazione dei medici circa i risultati e, in qualche modo, coinvolgente la paziente e le sue scelte:

*Tre settimane. No, non proprio lega-slega tre settimane, perché se si vedeva che io mangiavo anche se niente, ma mangiavo magari una briciola ma la tenevo, decadeva subito il legarmi.*

I - Era una sorta di premialità non legarti?

*Si esattamente. Oppure se proprio non ce la facevo a stare legata piuttosto non mangiavo niente, se non mangiavo non mi legavano. Non è che sia stata una grande soluzione, anche perché a un certo punto c'è stata necessità di mettermi i sondini, io non me lo ero mai fatta mettere, me lo strappavo sempre, me lo hanno messo e mi hanno tenuta legata 24 ore perché hanno detto almeno un kilo te lo facciamo prendere. Non appena hai preso questo kilo te lo togliamo. [F1]*

In un terzo caso, la breve durata della contenzione pare legata alla fretta del SPDC di liberarsi di un paziente non territorialmente di sua competenza:

*Sì mi hanno legato. Mi hanno tenuto tutta la notte poi la mattina hanno avvisato i miei genitori e sono arrivati o non so se mio fratello, sono venuti a prendermi e a riportarmi a casa, loro lì non mi volevano tra i piedi, ero fuori zona... [M2]*

#### 4.6.2.5. La relazione con il personale

Le descrizioni del rapporto con il personale, medico e infermieristico, durante il periodo di contenzione oscillano tra l'assenza e una gamma di atteggiamenti definiti irrispettosi, irridenti o direttamente repressivi.

Vi sono situazioni di abbandono, periodi in cui non si vede un operatore o in cui si denuncia di essere stati lasciati senza cure essenziali (cibo, acqua).

*Ma io mi ricordo che ogni tanto venivano ma torno a ripetere, ero sedato e un po' incosciente, palpebre chiuse. [M1]*

*I medici non c'erano, non li vedevi. [F1]*

*La mattina ero senza più un filo di saliva e ho chiamato è arrivato un infermiere che mi ha detto allora ti sei calmato, io sì ma se mi date un bicchiere d'acqua... e lui sì, ma se ti sei calmato. [M2]*

La questione del rispetto appare cruciale. Le biografie denunciano la mancanza di rispetto, nella forma dell'irrisione, dell'infantilizzazione, della provocazione come questione di "sofferenza aggiunta" che va a sommarsi all'impotenza che già la condizione di contenzione impone. Sono relazioni che tendono a "diminuire" – nel senso di produrre percezioni di minorazione – umanità, adultità, credibilità del paziente.

*Uno [TSO] me lo hanno fatto alle Molinette, ed è stato tremendo, tremendo anche perché... lì sì, ho patito [pausa] il ghigno satanico delle persone, degli infermieri che mi legavano. Perché dici satanico? Perché mi prendevano proprio in giro [...] Mi ricordo che ero legata avevo davanti dei pomodori e una fetta di carne, ora non so..., giocava l'Italia e dall'altra parte stavano tutti guardando la partita e io ero legata al letto e gli infermieri si erano fatto portare le pizze e forse anche per qualcuno degli altri ricoverati perché era giornata di festa per l'Italia che giocava, e l'infermiere veniva davanti a me con la pizza facendo mangia tu che mangio io... [...] lì, con quelli mi ricordo un rapporto pessimo, un odio pazzesco. [F1]*

L'impatto, qui, è accresciuto dalla possibilità di un raffronto tra personale dell'SPDC e personale del Reparto disturbi alimentari – cui chi narra è in carico – e la comparazione risulta senza appello:

*Io ero legata al letto con il sondino, e i medici erano a due metri da me e ridevano. Solo il mio nutrizionista e il mio dietologo sono venuti da su in borghese a trovarmi, gli altri ridevano, mi prendevano in giro, dicevano come sei magra, per una magra così ci vorrebbero altre cinghie, io te ne metterei anche di più... una formazione e un modo di lavorare completamente diverso. E io ringrazio Dio o non so chi ringraziare che i miei terapeuti non erano quelli. [F1]*

Un prolungato e quotidiano rapporto più che positivo con l'SPDC di riferimento, cui non si ricorre solo in caso di crisi ma anche per la terapia e per ricoveri volontari (*al Giovanni Bosco mi sento rispettato, sì, e sono anche molto professionali* [M1]) non ripara dall'impatto di sopraffazione fisica cui la contenzione è connessa, la violenza è insita nella relazione e impone la percezione della propria impotenza. Tuttavia – probabilmente anche grazie a relazioni di lunga durata che si sperimentano per lo più con altre modalità e in condizioni di normalità routinaria - il paziente qui trova una ragione ai comportamenti dell'infermiere e gli riconosce l'esercizio di una dose di violenza legittima non eccedente il "necessario". La distinzione soggettiva tra essere contenuto e essere picchiato in qualche modo fa la differenza tra una situazione di emergenza e necessità e una di arbitrio.

*Mi ricordo l'infermiere che mi ha preso per il collo però poi ho detto due più due fa quattro, l'ha fatto per me, sicuramente non mi voleva fare del male, ma quando sei in quello stato lì hai una forza fuori dal comune e io poi sono sempre andato in palestra e ho fatto il muratore e la forza non mi manca, e per potermi bloccare era costretto a fare una cosa del genere se no non mi avrebbe bloccato.*

I - Quindi ti sei dato una ragione di quel gesto...

*Eh sì, quando ho visto... l'ho capito e mi sono detto qua più mi agito e peggio è, mi sono lasciato andare e niente, mi sono trovato legato. Però non è che mi han picchiato, mi hanno solo immobilizzato e contenuto. [M1]*

#### **4.6.3. Ex post. Ragioni e riflessioni sulla contenzione subita**

La riflessione a distanza di tempo e la pratica narrativa – che aiuta a creare una sorta di stacco che sollecita l'autoriflessione critica - hanno facilitato l'emergere di alcune riflessioni attorno all'esperienza di contenzione vissuta (valutazioni di ordine più generale, invece, nel paragrafo seguente).

C'è chi riconosce alcune "buone ragioni" alla base del ricorso alla contenzione come estrema ratio in una situazione sul crinale di un alto rischio, e si attribuisce ex post una quota di responsabilità nel fallimento di alternative possibili:

*Quando mi hanno preso ero nel suo studio e gli ho dato un calcio che per poco sanguinava dai pantaloni... e mi han portata giù al reparto tutti gli infermieri del reparto, grandi e grossi e io ero un friculin... loro mi han dato tutte le possibilità per non arrivare lì...*

I - Quali erano queste possibilità?

*Mah, concordiamo, non riesci a mangiare? allora cambiamo la modalità, ti diamo da mangiare poco più volte al giorno, c'è stato un grandissimo contrattare, ma poi quando dopo due mesi vedi che io in ogni caso tento di fregarti in tutti i modi e allora basta, se fai la bambina di due anni io ti tratto come la bambina di due anni. Quindi li ho portati io lì, per esasperazione. [F1]*

In questo caso, c'è stata ex post la possibilità di ragionare congiuntamente, paziente e medici curanti, sulla decisione e sul vissuto di contenzione, creando uno spazio di elaborazione per altro reciproca sulla decisione adottata:

*Io dico che in quel momento li stavo giocando a braccio di ferro con loro, li stavo sfidando anche come medico. Ed è stato come un genitore a quel punto lì che mo' da due sberloni, ne avevo bisogno. E poi ci siamo spiegati e mi ha anche chiesto scusa, nel senso che mi ha spiegato perché. [F1]*

Quello che, di contro, non si salva nella elaborazione del vissuto è la modalità della contenzione e le (pessime) relazioni vissute in SPDC, su cui permane un giudizio netto anche da parte di chi, come questa paziente, è incline a una lettura autocritica o di chi comunque ammette che vi possano essere situazioni in cui si prospetta la contenzione come estrema ratio. Per altro, con il personale dell'SPDC questa opportunità di rielaborazione comune non è data:

*Quello che poi è stato veramente gratuito è stato il clima che si respirava nell'altro reparto [SPDC], dove questa attenzione non c'era. [F1]*

*Nella mia esperienza quella chimica è quella più utilizzata, e anche lì bisogna fare le cose adeguate, senza stroncare la persona senza che questa sappia cosa le sta succedendo. Sia quella fisica che quella chimica sono comunque due atti forti contro la tua volontà, volontà che se sei in fase maniacale va anche contenuta, e però penso che anche lì ci siano persone e modi diversi per farlo. [M2]*

Sono insomma le relazioni e le pratiche a “fare la contenzione”, al di là del concetto in sé, e questa contenzione praticata non è mai assoluta, nelle riflessioni offerte dai protagonisti.

Per chi ha un ricordo sfumato e nebuloso delle ragioni della propria contenzione, e non trova ragioni plausibili, anche dopo tanto tempo, al suo incipit, rimane lo stupore irrisolto – e non elaborato – per aver subito un trattamento che continua a non riconoscere come appropriato per le proprie personali caratteristiche di persona abitualmente incapace di gesti violenti:

*E io mi ricordo lui [un altro paziente contenuto] e dicevo a me non mi legano perché io son tranquillo, e non avrei mai pensato... [M1]*

*E la contenzione non so se posso dire no, sempre e in tutti i modi no, ma certamente quella che ho subito io l'ho sentita come un sopruso, come eccessiva. Dato un tipo di azioni ci si aspetta una reazione di tipo adeguato e in quei casi lì non lo è stato [...] non è che io avessi fatto degli atti violenti, io li ho subiti. [M2]*

La riflessione soggettiva non rinuncia, e va alla ricerca di una ragione, il farmaco e i suoi alti dosaggi – un farmaco inizialmente poco conosciuto e poco governabile, come poco conosciuta appare la reazione soggettiva ai suoi effetti – appare una spiegazione plausibile, cui però continuano a mancare occasioni di confronto ed elaborazione con i medici:

*Son convinto, penso, ma dovrebbero dirmelo anche loro, mi son posto la domanda, che la cosa è stata causata tutta dalla prima somministrazione del farmaco, il leponex, poi non lo so... e poi prendevo anche altre pastiglie, insieme, loro all'inizio mi hanno portato fino a 375 milligrammi. [M1]*

Infine, una riflessione coglie nelle relazioni e negli atteggiamenti di chi “lega” l'indicatore di una visione, della malattia mentale e del malato, di uno sguardo che autorizza l'arbitrio e in un certo senso lo “teorizza”:

*C'è anche questo aspetto qui, il nodo della malattia "morale", e invece non sta né in cielo né in terra. Ma è la giustificazione di un trattamento... perché io ti chiudo e ti lego perché tu sei anche moralmente abietto, non perché ti sei rotto una gamba, perché se ti fossi rotto una gamba non ti tratterei così male. [M3]*

## 4.7. Non solo lacci. Le altre contenzioni

Già nel primo dei due gruppi che si sono svolti presso l'Associazione Arcobaleno, quello propedeutico alle interviste, alcuni tra i partecipanti hanno sottolineato con forza come il problema oggi sia quello del farmaco somministrato dentro relazioni asimmetriche e non negoziali, più che quello della contenzione meccanica. L'affermazione rispecchiava certamente la composizione del gruppo, in cui la maggioranza non aveva sperimentato contenzione meccanica, e tuttavia, nelle interviste di chi ha questo vissuto, questo nodo è stato egualmente sottolineato.

*... nei reparti bisogna parlare di contenzione fisica ma anche chimica. [M3]*

### 4.7.1. La "contenzione chimica" tra farmacocentrismo e relazioni asimmetriche

C'è annidata, dentro le modalità imposte di uso del farmaco, innanzitutto una questione paradigmatica, di base, che assegna alla somministrazione farmacologica una centralità incontrastata: tanto da non far vedere, dice un intervistato, alcuna altra possibilità e alternativa, e sarebbe questo (irrinunciabile) "potere" della chimica a spingere verso pratiche coercitive di assunzione. Questo sguardo critico, per altro, viene da una persona che dichiara l'utilità dei farmaci nel suo percorso di cura, ma che criticamente ne legge i limiti a partire dal contesto "culturale" in cui vengono utilizzati, un contesto in cui si può derogare al consenso, all'adesione, alla significazione del farmaco da parte del paziente. Derogare al senso stesso, insomma, della cura:

*Dovrebbe esserci una ripresa nella fiducia nella psichiatria, non che ti serva solo a controllare e fare una iniezione una volta al mese, che tra l'altro questa è una cosa che sta sulle balle a tutti quelli che la ricevono in maniera odiosa, dicono che gliela fanno perché poi non sono sicuri che la prendano da soli a casa, ma allora sei tu che devi essere sicuro che lui prenda le medicine. Invece ecco qua le medicine, si diceva prima della condizione già infima e che ti bolla del malato di mente, a un certo punto non le prendi neanche più, ma io ne faccio a meno, non me ne importa niente. E poi ah non l'ha presa, e allora facciamo l'iniezione obbligatoria. Anche su quella io avrei qualche riserva, il punto "proprietà del proprio corpo", no? [M3]*

#### 4.7.1.1. Il farmaco non negoziabile e le logiche operative

La difficoltà a negoziare sul farmaco, riscontrata dagli intervistati non solo al momento del ricovero, ma nel corso di tutta la loro esperienza di cura, si rivela anche più drastica negli SPDC: qui entrano in scena infatti non solo la tradizionale asimmetria tra medico e paziente, ma anche le logiche organizzative, che fanno dei tempi standard dei ricoveri e delle modalità operative dei reparti variabili che influenzano in modo significativo somministrazione e relazioni. Dosaggi e farmaci vengono prescritti anche in discontinuità con le terapie quotidiane precedenti, da medici diversi, in assenza di visite e confronto da parte dei medici curanti, in un processo che agli occhi di chi lo vive appare fortemente "spersonalizzato", standardizzato:

*Nei reparti ti danno delle quantità di sedativi impressionanti, che nessuno ti aveva prescritto, se vuoi sono date per sedarti e per favorirti il rientro in una condizione migliore di capacità, però occorre anche porre attenzione, e poi tutti nella stessa quantità, 80 di Serenase, 80 di questo e 40 di quello... e tutti in fila quando la caposala dice terapia! E ci si mette tutti in fila, e via. [M3]*

*Quello che non è giustificato secondo me è che oggi si tende proprio per direttive di politica sanitaria a tenere le persone in reparto una settimana, quindici giorni, persone come me che hanno un disturbo bipolare, con dei farmaci che sono bombe, a differenza di quelli che prendi fuori, che vengono gradualmente aumentati. [M2]*

Queste modalità che si potrebbero definire “centrate sull’organizzazione” ben più che “centrate sul paziente” e che segnano a volte una discontinuità terapeutica, possono avere esiti iatrogeni anche gravi, comportare sofferenze aggiunte:

*Sono bombe perché hanno un tempo breve e si crede, presuppongono che aumentando le dosi... è un errore, bombardare, se non è calibrato nel modo giusto provoca un rebound immediato, e si rischia di andare in depressione rapidamente, poi. Adesso io fasi di depressione acuta non le ho più avute, però uscire dalla depressione con i farmaci provoca certamente un rischio di crisi euforica. [M2]*

*Questo perché una volta che sono andata alla clinica di San Giorgio, che era convenzionata con il pubblico, quella volta che sono andata mi hanno bombardata di farmaci, e io non mi ricordo assolutamente niente. Ero arrivata lì, mi ero portata da leggere e da fare la maglia perché mi hanno detto che dovevo stare lì un po' di tempo, ho detto va bene [...] e io della sera stessa non mi ricordo più niente, ricordo solo che non vedevo più, non riuscivo a vedere, mi ricordo una megera che arrivava con le chiavi, tran tran tran, mi misurava la pressione, mi dava un beverone amarissimo e mi misurava la pressione la mattina e la sera e bon. [F1]*

#### 4.7.1.2. Ambivalenza del farmaco: quello “violento” e quello “alternativo”

Ci sono in queste descrizioni gradazioni diverse di violenza, da quella sottile (dolce?) della somministrazione obbligata del farmaco dovuta alla mancanza di adesione e, forse più ancora, di significato (non) attribuito alla cura; a quella che comporta la sofferenza aggiunta, non necessaria, dei suoi esiti iatrogeni. A quella più apertamente violenta di questa esperienza, in cui la definizione “contenzione chimica” appare appropriata, correlata a mancanza di tutela e cura:

*In quel caso lì è stata violenta, la siringata, cosa che non era mai avvenuta prima. Ero al Mauriziano, non c'era già più G., ero seguito da C. ma non era lui per i ricoveri, era il suo capo che non mi ricordo come si chiamava, una donna, che ha ricevuto queste pressioni che ti dicevo [dei famigliari], e questo è stato uno dei più brutti perché mi hanno siringato in modo eccessivo, dopo qualche minuto sono caduto a terra e mi sono rotto un dente, un incisivo, dopo che mi hanno siringato mi hanno lasciato lì nel corridoio e a un certo punto sono svenuto e sono caduto, mi hanno rubato la catenina perché non ero in grado... è sparita, e insomma ero in uno stato... e quella volta è stata solo chimica, non mi hanno legato. [M2]*

Di contro, la somministrazione farmacologica in altre situazioni appare – agli occhi stessi di chi pure esprime una forte critica all'imperante *farmacocentrismo* della psichiatria italiana - una alternativa valida alla contenzione meccanica, alternativa vissuta in prima persona:

*Poi se la persona è molto agitata ci sono i neurolettici e i sedativi, e si calma, l'ho provato sulla mia pelle, facevo un casino del diavolo, ero al Mauriziano, '82, e davo dei calci al portacenere e lo facevo volare, a un certo punto è uscito uno che era anche maestro di sci e faceva l'infermiere lì e ha detto adesso calma e ha preso e mi ha fatto due iniezioni, una di qua e una di là. una per chiappa, e ho notato l'efficacia calmante immediata di questa cosa, e non ho più dato calci al portacenere e mi ero calmato. [M3]*

Ma se è vero che sedare chimicamente può significare non contenere meccanicamente, è pur vero che non sempre si tratta di una alternativa: i racconti rappresentano dinamiche del trattamento obbligatorio in cui la somministrazione del farmaco si sposa con la contenzione, ed anzi ha bisogno della contenzione, fisica o anche meccanica, per essere somministrato. Non ne rappresenta una rinuncia, dunque, ma i due approcci si intrecciano e si rinforzano, e non virtuosamente:



*Esatto, un TSO, io mi ricordo che c'era un poliziotto e i vari psicologi dell'ospedale e io non volevo farmi 'sta puntura, mi nascondevo dietro... perché avevo paura che mi facessero del male, pensavo che era la mafia... [M1]*

## 4.8. La “contenzione legale”. Oltre l'SPDC

Oltre a quanto già evidenziato circa le pratiche di TSO, in una intervista è stato esplicitamente introdotto il termine “contenzione legale” per descrivere una decisione subita a seguito di una richiesta dei curanti e della decisione di un giudice. Si tratta di una misura di parziale incapacitazione e del conseguente obbligo alla cura, che ha implicato misure di limitazione nei movimenti e coercizione sanitaria, ma ha implicato il ricovero prolungato in una struttura alternativa all'SPDC.

*Quella mi è venuta e dall'ordine dei medici e dalle Molinette quando sono arrivata al Martini con zero di potassio, alla fine del 2008, e non sapevano se avrei passato la notte. E han detto ma che senso ha farle un altro TSO? Facciamo partire l'ingiunzione giudiziaria, nel senso ti mettiamo un tutore alla salute, solo alla salute, per tutto il resto no. Però tu ti devi curare. Nel senso che tu non puoi tornare a casa, devi curarti, devi stare in una struttura adatta*

I - Ma detta così mi sembra un modo per protrarre il TSO...

*Esattamente, però comunque per non fare il TSO in un reparto, ma in altra struttura, loro avevano già individuato, hanno detto tu hai bisogno di un percorso comunitario e sono andata in questa comunità [...], ci sono stata tre anni e mezzo. Una villetta in campagna, isolata, distaccata dalla famiglia per un anno e mezzo, in questa condizione se loro fossero venuti a prendermi sarebbero stati denunciati per sequestro di persona, io non mi potevo dimettere perché avendo questa forma di tutela sarebbero venuti i carabinieri a riprendermi. La tutela poi è decaduta per fortuna, ma in quel momento nemmeno i medici avrebbero potuto dimettermi. Ero costretta a stare lì. [F1]*

Da questa esperienza, inizialmente di forte impatto e rifiutata, viene ex-post dato un giudizio positivo, cioè di utilità ai fini del proprio percorso personale: e la differenza la fa, nel significato attribuito dalla protagonista, proprio il diverso contesto, la diversa dinamica relazionale, in una parola l'offerta terapeutica radicalmente altra da un TSO in SPDC:

*La contenzione che posso dire mi è servita è invece quella legale [...] Sola con me stessa, una contenzione legale. Però lì io ho toccato il mio dolore fino in fondo, lì sono “morta”. Sono andata a toccare le parti più dolorose, anche se quando sono arrivata ho detto, io mi metto qui e non faccio niente, che me ne fotte, mi avete portato qui? E io non faccio niente, fate quello che volete... In realtà poi questo silenzio, questi tempi lunghi, questa non medicalizzazione, perché in realtà io vedevo il nutrizionista una volta ogni due settimane e la psicoterapeuta una volta alla settimana e poi stavo lì con queste ragazze che avevano problemi analoghi ai miei e venivano da altre parti d'Italia. Sono rinata attraverso la relazione. [F1]*

## 4.9. Sulla pratica della contenzione meccanica. Valutazioni, posizioni e alternative

*Continuo a pensare che la contenzione non possa fare parte di una terapia, non può farne parte mai, è un insulto alla persona. [M3]*

### 4.9.1. La contenzione come prodotto di un sistema inadeguato

Una intervista racconta di situazioni in cui la contenzione appare senza alternative, azione estrema a tutela di

un rischio elevato, per sé e per gli altri, e si lega allo stesso darsi, ex post, una ragione di quanto si è vissuto personalmente:

*Ma qualche volta... quel ragazzo di colore che si stava strozzando che ti ho detto prima, dopo si era ripreso e ha fatto una corsa in fondo al corridoio ed è andato con la testa verso il muro deciso come quando sei in area col pallone e vai deciso che devi segnare! Era pericoloso per lui e per gli altri, e penso che l'unica alternativa sia quella, penso, se sei un pericolo per te e per gli altri. Io penso che mi abbiano legato per quello. [M1]*

La mancanza di alternativa, tuttavia, viene criticamente correlata all'inadeguatezza del sistema di cura, sotto il profilo duplice delle carenze di risorse e personale e, più complessivamente, di intelligenza e architettura degli spazi dedicati alla gestione delle crisi. Una intervistata compie questo duplice passaggio tra le criticità, oscillando tra una esperienza personale come medico che interviene, spesso sola, in situazioni di urgenza e il vissuto come paziente che ha sperimentato, insieme, la contenzione e una sua praticabile alternativa.

Il tema delle risorse umane carenti come ragione delle scelte di contenzione è controverso, tra chi lo denuncia esplicitamente - e non solo in psichiatria - e chi nega che possa essere cruciale, a fronte di variabili ben più significative, quali quelle culturali, che spingono ad adottare la contenzione senza nemmeno arrivare a contemplare soluzioni diverse:

Io mi trovo nella frontiera dei medici, in quella terra di nessuno che è il 118, e la guardia medica fino a poco tempo fa. Allora li vieni chiamato e sei solo, io vedo in case di riposo per anziani e per persone con disabilità psichica e fisica [...] operatori che sono soli, magari 50 persone allettate e nessun sanitario presente e un solo operatore, magari un educatore, che entra subito nel panico. E lì la loro soluzione, ma perché davvero non hanno nessuno e non hanno conoscenza, e lì li legano. Non c'è personale, non ci sono risorse e sono agitati, e quindi allora... quando proprio non sanno che fare chiamano la guardia medica o il 118 e allora tu vedi queste situazioni. Da anteguerra proprio, magari di giorno non è così, girano infermieri... ma di notte non c'è nessuno. [F1]

*Fino al '98, che è stato per fortuna mia il mio ultimo ricovero, non c'erano molte contenzioni nei reparti torinesi, io ne ho viste poche, una al Mauriziano, una signora grassa, che urlava come un'aquila, ma non è che fosse... io ho visto anche picchiare dei pazienti, ma non è che fosse una cosa endemica. È dopo che è cominciato, dopo l'anno 2000, hanno cominciato, intanto qualcuno dice che hanno poco personale, che a me sinceramente sembra una stupidaggine, non ne hai più di uno o due che fanno casino e manda qualcuno a gestire la situazione, no? [M3]*

#### 4.9.1.1. Le pratiche dell'emergenza tra "minutaggio" e poteri forti

Un fattore indicato come cruciale sono i protocolli, formali o di fatto, che sovrintendono alle pratiche dell'urgenza: si ritrova da un lato, una gestione del fattore tempo che, mutuando dalle pratiche aziendali, appare governata da una fretta del tutto estranea ed ostile a un vero prendersi cura, una sorta di minutaggio dei gesti della cura che ne annichilisce le possibilità alternative:

*Nell'acuto ci vuole tempo... come guardia medica, quanti ne ho siringati anch'io anche attraverso i pantaloni? Ero sola, magari con degli omoni grandi e grossi davanti a me, le forze di polizia lì, la richiesta che partiva per il sindaco, le ore contate, che cosa dovevo fare, che avevano tutti fretta? [F1]*

E, inoltre, il fatto che i potenziali gesti della cura nel momento della crisi avvengono in un contesto che non è costruito e gestito da chi della cura è attore - medico e paziente - ma piuttosto governato da poteri diversi, che rispondono a mandati diversi, di controllo e contenimento, come le forze di polizia.

*A me dicevano ti portiamo lì come guardia medica perché tu gli faccia la siringa, era proprio la mia delega, tu vai lì per fare quello, non è che hai possibilità di fare altre cose. Una volta sono andata a G. dove c'era un albanese o polacco o rumeno, non so che lingua parlasse, che era dentro la gabbia dove aspetti per essere poi portato in*

*carcere, che sbatteva la testa contro il muro sanguinando, era tutto pieno di sangue e la polizia che diceva noi non riusciamo a fare niente... mi prendono e mi mettono nella gabbia con lui, da sola, dicendo noi siamo qua fuori che guardiamo... queste sono le situazioni, per cui capisco che poi si possa... che altro dovevo fare? Allora, rivediamo il sistema. [F1]*

#### **4.9.2. Oltre la contenzione. Questioni di sistema, questioni di diritti**

Più tempo, altri spazi, consentire i gesti della cura nel momento della crisi, mettere i diritti della persona al centro delle pratiche: le alternative alla contenzione che si delineano nelle interviste non appaiono come singole variabili, piuttosto come aspetti concatenati che alludono alla necessità di ridisegnare un intero sistema.

##### **4.9.2.1. Prendersi cura della crisi: tempo e spazi**

In relazione specificamente alla contenzione, il luogo offerto alla gestione della crisi e l'organizzazione dello spazio sono variabili capaci di prevenire quelle situazioni di rischio che vengono spesso invocate come legittimazione alla contenzione meccanica. Si tratta di personalizzare, di garantire una relazione vicina, di evitare promiscuità che creino disagio e minaccia tra pazienti: insomma, una "critica pratica" agli SPDC.

*Forse ci vogliono altri spazi, spazi diversi, perché se c'è una persona in crisi acuta che magari minaccia gli altri, e dove la metti? Anche fisicamente, deve avere una stanza tutta sua, un posto tutto suo, devono stare con lui delle persone a seguirlo e parlargli, 24 ore su 24, controllarlo, perché in effetti sono abbastanza dei carnai, i repartini, se hai il vicino di letto che si scompensa se ti vede agitato e si nasconde sotto il letto perché ha paura che tu gli faccia del male... è certo che l'infermiere anche per garantire il quieto vivere lega quello, non vi preoccupate, è tranquillo, è a letto....*

*I - Se capisco bene, più che una questione di cultura del singolo operatore si tratta di sistema, di una organizzazione che dovrebbe essere diversa?*

*Io penso di sì. Di sicuro. Avere più spazi, proprio spazi fisici, perché una persona che sta così male deve stare da sola con le persone giuste e non con un altro paziente che scarica su di lui e magari crea più conflitto e si acuisce l'uno e l'altro, e lì ce ne sono 3 o 4 in una stanza. [F1]*

##### **4.9.2.2. Ridurre l'asimmetria nelle relazioni medico-paziente**

Costruire relazioni medico-paziente oltre che più quotidiane, continuative, anche meno asimmetriche viene indicato come un modo sia per prevenire le crisi che per gestirle in modo meno violento.

Nella direzione di una prevenzione *tour court*, una reale alleanza terapeutica può portare a una negoziazione attorno al percorso di cura, e con essa puntare alla consapevole gestione da parte della persona del suo percorso terapeutico, e alla maggiore capacità del terapeuta di comprendere e significare il suo andamento. Questo riguarda in particolare la gestione dei farmaci:

*Che ci sia un accordo tra medico e paziente in modo che si riesca ad arrivare insieme a un piano terapeutico. Ci sono molte persone che dicono no i farmaci non li prendo più, e questo può far rischiare picchi sia in alto che in basso, e l'attenzione deve essere più rivolta a creare consapevolezza nell'utente in modo che non si arrivi ai momenti critici. [M2]*

*È un piano inclinato, la crisi maniacale, quando tu cominci come dire a – non voglio usare parole cretine – ma quando cominci a non essere più capace a capire le cose, non è che ti accorgi subito che sta arrivando una crisi, poi*

*si auto gonfia da sola [...] La cosa migliore sarebbe che tu avessi uno psichiatra di riferimento che sia anche un po' un amico, che puoi raggiungere telefonicamente e che possa venire immediatamente. Così si può anticipare, il gioco, se no... Se no prima o poi ti prende qualcuno e tu sei fuori. [M3]*

Insieme, “dentro” il momento acuto, costruire una relazione in cui accogliere e dare spazio ai gesti della crisi, riconoscendone linguaggio e senso, ospitandoli più che controllandoli:

*Non so, immaginiamo una clinica di fantasia, dove c'è una dependance “area crisi”, accogliente e confortevole, che dia serenità, una stanza... per me poteva essere l'ufficio di F, dove io andavo, con tutti 'sti volumi però c'erano anche i cuscini...*

*I - Ho trovato davvero interessante questa tua storia, che potevi utilizzare la stanza del primario nei momenti di crisi...*

*Ma sì, uno che dice ti do le chiavi in mano... magari le chiavi in mano no, ma dice quando lei vuole andare, che vuole sfogarsi, vada lì e se vuole picchiarsi con qualcuno che qualcuno vada con lei, se vuole stare da sola stia da sola. [F1]*

#### 4.9.2.3. Dare forza vigente ai diritti della persona

Se un fronte dunque su cui agire per evitare la contenzione è quello che investe alla radice il sistema stesso della psichiatria, nel suo modello operativo relativo a culture, strutture, protocolli, relazioni, per i protagonisti non è aggirabile il tema più largo del rispetto dei diritti umani. Partendo dall'assunto della netta negazione di ogni valenza terapeutica della contenzione meccanica, il suo essere dispositivo di controllo coercitivo solleva la questione radicale del rispetto della libertà individuale e dei vincoli cui la sua privazione è sottoposta. Rispetto alla palude normativa in cui essa sembra muoversi, il dilemma tra normarne gli abusi per limitare il danno, da un lato, e invocarne il bando tout court dall'altro, trova in questo intervistato – da lungo tempo impegnato per i diritti di chi soffre di una malattia mentale – una posizione abolizionista, e la valutazione critica dell'ambiguità rischiosa di una posizione di regolamentazione:

*A Torino, dopo il 2000, ho sentito tante volte parlare di contenzione, al punto che uno dei nostri psichiatri più bravi mi ha fatto leggere una cosa che voleva pubblicare, in cui si diceva la contenzione soltanto se... e io gli ho detto senti no, no, noi no.*

*I - Cosa voleva dire?*

*Lui dava dei casi in cui, data la gravità della situazione, si poteva a certe condizioni [contenere] e io gli ho detto no, e infatti lui poi l'ha cambiato, noi siamo fermi su questa cosa, noi siamo rigidi su questa cosa, non è possibile mai. Poi è certo che andiamo a scontrarci con la realtà giuridica, poco ma sicuro, ma come dice la norma tu non puoi legare una persona senza il suo consenso, perché ti dà fastidio o perché non hai altri che ti aiutino, la Cassazione ha definito stupidaggini quello di dire non ho abbastanza personale. [...] Perché questa è violenza, che sia privata o lesioni o percosse come dice la Corte, cambia poco [...] Io ho sempre sostenuto che se uno vede una persona legata deve sempre fare una denuncia. Esci vai dai carabinieri e fai una denuncia e poi vediamo. Almeno proviamo, non si può tollerare questo fatto. [M3]*

A fronte della determinazione a denunciare la contenzione meccanica sempre e comunque come abuso, sta la fragilità di una giurisprudenza ambivalente, e il fatto che il sistema stesso dentro cui la contenzione è “prodotta” manca delle premesse per una tutela del paziente. È un sistema autoreferenziale, in cui chi decide la contenzione è in qualche misura, alla fin fine, il controllore di se stesso:

*Per un TSO ci sono tre condizioni necessarie: che ci sia una condizione di malattia grave che richiede provvedimenti urgenti, due che non voglia prendere le medicine, tre che non vi siano soluzioni extra-ospedaliere, come a casa sua*

*eccetera, più che tu abbia fatto uno sforzo non formale per convincerlo ad accettare un ricovero volontario, cosa che quasi nessuno fa. Ma il punto più fragile di queste caratteristiche è proprio la valutazione degli interventi urgenti per una situazione grave, perché questa è completamente rimessa allo psichiatra proponente, faccio io la proposta, chi lo deve dire? C'è un controllo di un secondo psichiatra? Il tribunale come fa a verificare oggi se ieri eri da ricoverare o legare oppure no? Le tutele giudiziarie in questa materia che siano amministrative civili o penali sono sempre molto difficili. [M3]*

#### 4.9.2.4. Contro l'opacità delle pratiche. Aprire le porte ai cittadini

Se, in parte, è questa opacità a rendere la strategia dei diritti così difficile, moltiplicare gli sguardi e le voci sugli SPDC appare una buona strategia. L'esperienza pilota di Trento, dove pazienti, famigliari e cittadini entrano in reparto e costituiscono un osservatorio costante, appare una delle mosse che potrebbero fare la differenza.

*C'è questa proposta di riforma che viene da Trento, da De Stefani, questo psichiatra che ha fatto cose egregie lì, anche perché Trento è il comune più ricco d'Italia, hanno più possibilità, ma la cosa importante è che lui vuole utilizzare utenti e famigliari esperti, detti UFE, utenti famigliari esperti, per fare assistenza notturna nei reparti. Il che avrebbe un grande senso perché se non c'è nessuno che... come fai se no a controllare cosa avviene? [M3]*

Una mossa che, comunque, interpella direttamente gli psichiatri e la loro responsabilità:

*Se si volessero consentire visite anche a sorpresa di una struttura fatta di utenti e di famigliari oppure di associazioni che a un certo punto vanno lì suonano e se trovano qualcuno legato vogliono sapere da quanto... perché anche lì c'è un problema, tutto deve essere annotato in un registro e dunque si vede quanto è stato legato. Però queste sono cose difficili perché c'è molta resistenza da parte della psichiatria dei reparti. [M3]*

## 4.10. A proposito di alternative possibili. Dialoghi in gruppo a Segna/ Ali59

Al termine delle interviste effettuate a Torino, alcuni spunti sono stati restituiti al gruppo che ha facilitato e reso possibile il lavoro di ricerca, e che, nella fase propedeutica, aveva fornito stimoli e punti di attenzione utili al percorso. Per dare avvio al confronto sono state presentate alcune frasi tratte dalle interviste e alcune sollecitazioni, rispetto alle quali il gruppo si è mosso con molta libertà, dipanando un proprio filo rosso di riflessione e confronto. I paragrafi che seguono focalizzano alcuni temi cruciali e guardano alle alternative possibili all'attuale gestione delle crisi e anche della contenzione meccanica.

### Input per il gruppo tratti dai contenuti delle interviste effettuate a utenti e operatori

#### 1) **Questione "sistema dei servizi": "tra la tua casa e il reparto c'è il nulla..."**

Ci potrebbero essere servizi / interventi diversi che aiutino a prevenire il ricorso a TSO e ricovero in SPDC (e rischio contenzione) come risposta a una crisi?

#### 2) **Questione "potere": "tanto tu sei il cronico, non puoi fare niente, vai là, ti siringano..."**

Quanto conta cambiare cultura e bilanciare poteri tra psichiatri e pazienti? Quanto conta in generale e quanto rispetto a TSO, ricovero, contenzione?

#### 3) **Questione "norme": "non ci sono linee guida, ognuno decide a modo suo, se in un reparto ci sono i mezzi di contenzione, prima o poi ci si sente autorizzati a usarli"**

Servono nuove leggi e divieti per la contenzione? Servono protocolli per gli SPDC e nuove regole per il TSO? Oppure le regole

.....  
59 Incontro con un gruppo di 15 persone, partecipanti alle attività associative di Segna/Ali, Laboratorio urbano MenteLocale, Mad Pride, di cui 3 educatori/trici.

resterebbero parole?

**4) Questione sociale: “si chiude il manicomio ma subito dopo si riaprono mille piccole nuove istituzioni, c’è tutto un contesto che va in questa direzione...”**

È vero che c’è una società che “spinge” verso nuove “contenzioni”? o è un alibi per servizi e operatori?

**5) Questione “alternativa”: “ci sono case in cui ci si prende cura delle persone nei momenti di crisi acuta, li può capitare che si debba contenere ma magari si fa con un abbraccio, non con le cinghie”**

Dentro la crisi, quali altri luoghi, quali altre relazioni, per evitare la pratica della contenzione fisica, meccanica e chimica?

**6) In Italia ci sono circa 20 SPDC “no restraint”, cioè che non usano mai la contenzione meccanica.**

Sono riuniti in un coordinamento, in Piemonte ce n’è uno solo, a Novara. Cosa ne pensate?

#### **4.10.1. Critica pratica della contenzione come estrema ratio**

Il gruppo – all’interno del quale erano presenti sia persone che non hanno mai sperimentato la contenzione meccanica sia chi l’ha vissuta - ha affrontato la questione, per altro già emersa in alcune interviste, attorno alla contenzione meccanica come estrema ratio nei casi di alto rischio per sé o per altri. Le posizioni di partenza erano diverse, ma gli interventi che si sono succeduti hanno spostato il focus del confronto, aprendo la dicotomia inizialmente stretta favorevole/contrario a fattori e dinamiche più complessi. La teoria dell’estrema ratio – quella che per alcuni giustifica anche l’ambivalenza di linee guida regolatrici – è stata sottoposta a critica alla luce prima di tutto della significatività della qualità di contesti e relazioni: sono questi contesti, culturali, organizzativi, di modello, a fare da critica pratica alla contenzione.

*Io mi ricordo che quando qualcuno stava male male noi avevamo paura, ci nascondevamo... Mi ricordo B, quello era pericoloso e quando partiva ce la facevamo tutti sotto...io la contenzione l’ho vista in casi estremi.*

*Ma tu che sono anni che vieni qui, e hai visto conflitti e cose del genere e gente che stava male, ma mai un episodio vero di violenza. Perché allora equiparare lo stato di disagio psichico alla pericolosità? Non ci sono altri fattori che giocano?*

*Contesto significa anche cultura e paradigma della psichiatria, lo sfarinamento dell’approccio basagliano fa rientrare dalla finestra ciò che aveva cacciato dalla porta:*

*Dopo la 180, tra il ‘79 e il ‘98, per me, mio ultimo ricovero, la contenzione non è mai stata un problema, perché era cambiato il modo di affrontare la malattia mentale*

*Non c’erano [le cinghie] perché chi si muoveva all’interno di una psichiatria basagliana l’ultima cosa che pensava era di legare il povero paziente psichiatrico*

*Io non penso che la contenzione sia un fatto di pericolosità, perché è sempre stato uguale, prima e dopo, ma dipende dal fatto che si è imposta una psichiatria che non sa più lavorare sulla comprensione del malato e allora cosa fanno? Legano.*

Contesto è anche contesto professionale e organizzativo, dentro una assunzione di responsabilità soggettiva: i 21 SPDC no restraint sono presi a modello di critica pratica alla contenzione e insieme a evidenza della necessità di una responsabilità degli psichiatri:

*Come si sono mossi questi 21 medici responsabili? Per loro spontanea volontà e hanno fatto ciò che evidentemente si può fare*

*L’SPDC di Novara ...ci sarà stato qualcuno contrario certamente, mi figuro alcuni infermieri, che potevano essere contrari a rinunciare alla possibilità del contenere, la differenza la fanno un responsabile e un gruppo capaci di condividere valori e comunicarli. Il cambiamento deve arrivare anche da dentro le istituzioni.*

Lo stesso accade in una comunità terapeutica – che ospita anche persone con grave disagio – in cui la relazione gioca un ruolo cruciale: di fronte a un comportamento violento si contiene “con il corpo” dell’operatore, e questa relazione anche fisica, a differenza della contenzione meccanica, non lascia cicatrici pesanti di vergogna, dolore e rancore:

*Al Mainero gli volavi sopra, siringa e poco dopo eravamo tutti in cucina a fare gli hotdog.*

*Ho avuto un solo episodio di aggressione fisica da parte di un utente in 23 anni! E lì la cuoca del Mainero l’ha bloccato e lui mi ha mollato e si è calmato.*

*E questo contenimento non induceva elementi di vergogna, come accade con la contenzione dove dici se mi hanno legato vuol dire che sono proprio fuori, è uno scambio comunicativo magari estremo ma non è il sequestro del proprio corpo e il giorno dopo che entravi in turno ti accorgevi che la relazione era salvaguardata.*

#### **4.10.2. Il matto e la società (ovvero: la delega sociale è una palla)**

Come per la contenzione in reparto, anche per la “domanda” sociale di controllo e contenzione in senso lato che la sosterebbe, il confronto in gruppo ha costruito una mappa di ragioni critiche.

In prima battuta, citare la delega sociale allo psichiatra come ragione e vincolo al controllo anche meccanico del paziente “pericoloso” è inaccettabile, perché la prima delega che lo psichiatra ha e deve riconoscersi è quella terapeutica, il suo vincolo è la salute del suo paziente:

*La delega sociale? È una palla, è il cavallo di battaglia di chi contiene che dice io ho la delega sociale... ma tu hai la delega terapeutica, dov’è la delega terapeutica? Viene prima! Sei un medico non un poliziotto, la delega terapeutica viene prima della delega sociale.*

Uscire da una immagine ancorata alla pericolosità sociale della persona con disagio psichiatrico non può che significare lavorare sul fronte della percezione sociale stessa, mentre la sedicente delega sociale alla psichiatria opera nel solco della percezione vigente ed anzi la rinforza, in un circolo vizioso in cui la delega costruisce e perpetua le sue stesse premesse.

Che esista un nodo della relazione tra disagio psichiatrico e società non lo nega nessuno, nel gruppo, ma è la prospettiva da assumere che va radicalmente mutata: smetterla di ingabbiare il matto nella sua diversità, creare legami tra matto e società è possibile, prima di tutto attraverso scambio di saperi comuni, “umani”, e poi condividendo luoghi. Le esperienze ci sono, faticose e in controtendenza, ma ci sono, e gli utenti stanno di fatto già lavorando come memoria attiva dello (per loro perduto) sguardo basagliano:

*E penso che le associazioni degli utenti come Arcobaleno potrebbero portare un punto di vista diverso, anche sul sapere che è andato perso e degenerato rispetto ai principi basagliani. Non solo per una alternativa specifica per l’utente, ma anche dentro la società che spinge verso nuove contenzioni, e che è del tutto impreparata e non sa cosa oggi possa portare il sapere di un utente psichiatrico, un sapere esperienziale che può essere utile in contesti sociali e di relazione, nei processi creativi e sociali*

*Se ne discute qui a Segn/Alì, portare questi saperi in contesti che non sono sanitari ma che sono sociali, per esempio stiamo portando avanti rapporti con il circuito delle Case del Quartiere torinesi.*

#### **4.10.3. Il buco nero delle garanzie e delle tutele del paziente**

Un tema cruciale è quello delle garanzie a difesa e tutela del paziente psichiatrico, che viene sollevato in prima battuta sotto il profilo della responsabilità dello psichiatra: qui si esplicita una percezione di forte

asimmetria di potere e poco argine a questo potere.

*Questi trattamenti di contenzione sollevano anche una questione etica, hanno poi delle conseguenze, ti obbligano ad essere una vittima, un carcerato, cioè ti obbligano a subire delle azioni che poi ti segnano. E gli operatori decidono di propria sponte e magari sbagliano*

*Chi subisce è il paziente e quando gli operatori sbagliano nella contenzione ma anche nel decidere una terapia e loro non pagano o pagano molto meno di chi subisce le conseguenze. Cosa succede a questi qua se fanno una diagnosi sbagliata? Nulla.*

In questo contesto percepito senza tutele del paziente o con tutele minime - la terra di nessuno dei diritti che è la psichiatria, dice un partecipante - mancano troppo spesso cultura, pratica e consuetudine a leggere la persona sofferente come un cittadino portatore di diritti: e si crea un nesso interessante con quella delega sociale (al contenimento) in cui si opera uno sbilanciamento a favore del cittadino (non matto), invece che puntare su un forse più produttivo bilanciamento tra diritti:

*In ambito psichiatrico, ma non solo, norma o legge appare un concetto fastidioso, quando nelle riunioni accenni a protocolli che siano a tutela anche del cittadino la cosa non piace mai.*

*La delega sociale qualora esiste dovrebbe essere a difesa del cittadino in senso costituzionale se non con strumenti almeno con un'educazione e questo non si fa.*

Per quanto attiene alla contenzione meccanica, essa si stacca e si differenzia in quanto pratica non terapeutica, dunque come oggetto non di una regolazione magari controversa, come può avvenire per i protocolli delle cure, ma di un divieto *tout court*. È la sua natura di pratica meramente coercitiva che la pone al centro di questa scelta radicale:

*Sulla contenzione non ci sono linee guida perché non è uno strumento terapeutico né pseudoterapeutico è una violazione della persona e secondo me è un reato o di lesioni o di violenza privata e le uniche linee guida sono: denunciare appena si ha notizia di una contenzione.*

#### **4.10.4. Prevenire le crisi, una questione di sistema**

*È questo il nocciolo dell'aumento della contenzione: l'incapacità della psichiatria di affrontare la crisi del paziente.*

C'è uno scenario in cui matura l'incapacità della psichiatria – dal gruppo complessivamente così percepita e giudicata - di prevenire e/o gestire le crisi. Questioni di paradigma, di nuovo, come la centratura sull'emergenza dell'evento critico, la discontinuità della presa in carico o lo sguardo pregiudizialmente cronicizzante.

*Oggi la sanità significa sempre più acuzie, ma la salute è processo, sappiamo che la sofferenza psichica ha elementi di processo anche lunghi anni, non posso separare le acuzie da tutto il resto e poi magari oscillare tra far sì che tutto sia acuzie oppure niente.*

*La prima proposta è stata l'amministratore di sostegno dunque una prospettiva di istituzionalizzazione anche se c'erano tutte le premesse per lavorare nella direzione dell'autonomia. Allora il problema non è tanto qual è il sistema ideale, ma il nodo è sull'idea stessa di pratica psichiatrica.*

Ci sono poi variabili che attengono al sistema dei servizi, all'organizzazione e alle risorse. Se qualcuno osserva che in realtà non è poi così vero che tra la tua casa e il reparto c'è il nulla, perché:

*tra casa e il reparto?, ma c'è il Day hospital, ci sono le visite domiciliari*



dal gruppo emergono i “vuoti” nel sistema di prevenzione e presa in carico tempestiva della crisi: buchi negli orari e nei luoghi accessibili, mancanza di uno sguardo costante in grado di cogliere l’andamento e il crescere di una situazione critica, tanto da saperla intercettare precocemente, mancanza che avviene anche quando potenzialmente il sistema lo consentirebbe, come nel caso della fallimentare comunicazione tra educatore e psichiatra

*Adesso se io faccio una segnalazione, perché vedo, ascolto... posso prevedere e dico qua tra un po' saltiamo, oggi nessuno le legge quelle segnalazioni, solo se ho un contatto diretto con un primario ma il medico responsabile della persona non la legge, questo aumenta in modo esponenziale i rischi di TSO violento e contenimento. Questa è una carenza di pensiero.*

*Non è vero che tu non riesci a prevedere una crisi grave, aggressiva perché la crisi non avviene così, di botto, si vede che uno comincia a... e dai e dai ma nessuno lo caga e allora si incazza e la cosa monta e poi certo che diventa aggressivo, ma tu perché non sei intervenuto prima?*

*Bisognerebbe arrivare prima, diagnosticare e curare. Le cure ci sono ma i contesti mancano, per esempio sabato e domenica non abbiamo punti di riferimento, dovrebbero esserci ambulatori sempre aperti, per chi non ha nessuno*

Alcuni partecipanti sottolineano come le crisi siano anche influenzate da fattori di vita, di qualità della vita e di ordine sociale.

*Ci vuole più prevenzione sotto molti aspetti, io noto che per esempio che quando lavoravo anni fa mi sentivo più utile e stavo meglio. Queste cose mancano*

*Il male si risolve prima alla radice e la radice del male è che non ci sono più soldi e non c'è prevenzione e anche per questo molte persone vanno a finire in TSO, dovrebbe esserci uno stato sociale diverso, perché si arriva a essere ricoverati? Anche per questo.*

#### **4.10.5. Alternative. Prove tecniche di Rifugio urbano**

Se la contenzione è questione di culture, diritti, paradigmi, sistema e organizzazione, nel contemplare le alternative possibili tutte queste variabili entrano in gioco, ed è un gioco complesso. Difficile immaginare pratiche alternative in cui le risposte siano semplici. Di questa complessità parla un'esperienza torinese, di cui alcuni protagonisti sono partecipi, quella condotta dal collettivo del *MadPride* con l'occupazione dei locali Asl inutilizzati di via Gorizia (“La Repubblica dei Matti”), nel 2014 e la successiva sperimentazione, da parte di un gruppo più ristretto di utenti, per alcuni giorni di una autogestione di Rifugio urbano<sup>60</sup>

L'idea del rifugio urbano viene da esperienze internazionali, i riferimenti portati nel gruppo sono quelli relativi all'esperienza di Berlino, la Casa del fuggitivo, ma ci sono anche persone e realtà locali, perché, in realtà, in altre epoche qualcosa di simile era stato sperimentato, addirittura in ambito istituzionale:

*A Settimo Torinese Pascal aveva fatto una casa molto simile a quella che vorremmo fare noi, che si chiamava Centro crisi, dove non si veniva neppure iniettati di neurolettici, la gente era libera, con un infermiere vicino... C'è un classico storico, quel caso di un maniaco depressivo che viene lasciato tre giorni a parlare e parlare, e oggi non è nemmeno pensabile perché dopo un'ora ti legano! Ma allora nei reparti non c'erano quei famosi legacci, che se poi qualcuno li vede li usa anche...*

La domanda posta al centro della sperimentazione del *MadPride* è

*Come si fa una casa, un rifugio, dove uno possa andare e permettersi di star lì a parlare e delirare per tre giorni di*

60 <http://madpridesito.jimdo.com/rassegna-stampa>

*fla, avendo qualcuno vicino? E senza rischio contenzione?*

E una prima risposta coglie tutta la complessità dell'idea, perché non si limita a pensare a un contenitore diverso, o a una diversa relazione utente-operatore e nemmeno solo a dinamiche tra pari, ma include una diversa relazione con la società, una nuova comunicazione trasformativa tra il matto e la città:

*Alla base del rifugio urbano, sta il ragionare sul disagio in termini diversi. Di solito ci si occupa del problema come problema dell'individuo o al massimo delle persone che gli stanno intorno, nel rifugio urbano invece, oltre a dare un luogo a chi non può stare in famiglia o non ha una casa, si cerca di avere un contesto in cui poter collaborare con altre persone, e ragionare sul disagio non solo in termini medici ma, accanto al disagio individuale, vedere che ci sono anche altri fattori sociali sui quali si può lavorare. E si possono trovare lì anche germi di trasformazione sociale.*

*E questa prospettiva può avere a sua volta anche un valore terapeutico. Cambiando la situazione sociale puoi in qualche modo cambiare e mettere in discussione anche il resto?*

*Gli occupanti di questa Repubblica dei Matti hanno premesse in parte diverse da quelle berlinesi: qui, è debole il riferimento all'antipsichiatria*

*Ed è anche interessante rifletterci, io penso che oggi una ideologia forte antipsichiatrica è debole, non ci sono più le istituzioni totali di quando c'erano forti movimenti antipsichiatrici, adesso bisogna capire dove andare e sarebbe stata una forzatura applicare le regole del rifugio urbano al contesto dell'occupazione.*

Dall'altro lato, il rapporto, pur nelle sue ambivalenze conflittuali, con (almeno alcuni) operatori e servizi è aperto. Questo ha comportato un impatto con alcuni degli occupanti, con dinamiche di aperto conflitto e aggressività nei confronti degli operatori che si sono affacciati al rifugio durante l'occupazione, ma al tempo stesso ha tenuto aperta la sfida di incidere anche "dentro" la psichiatria, alludendo tanto a una contro-organizzazione quanto a un processo di trasformazione più ampio, che può investire anche l'istituzione-CSM:

*Ma MadPride segue una linea diversa, mentre Berlino segue una linea di militanza antipsichiatrica, ci sono regole rigide della casa e non si assumono farmaci e si fa una battaglia politica contro l'istituzione, noi eravamo in contatto con il CSM, anche per la locazione degli spazi occupati, il che da un lato ha provocato la deriva provocatoria ma d'altro canto ha rappresentato anche la possibilità della messa in discussione di alcune pratiche della psichiatria*

*Questo del rapporto con gli operatori durante l'occupazione è argomento cruciale, nel gruppo si intrecciano sensibilità e valutazioni diverse, anche se nel complesso lo scarso interesse e per certi versi lo scarso coraggio degli operatori è colto da tutti i partecipanti e non soddisfa nessuno.*

*No, però ci sono stati diversi operatori che sono entrati al rifugio urbano*

*Sull'occupazione è stata fatta una riunione al CSM di via Gorizia, per capire le criticità da una parte e dall'altra, degli operatori e degli occupanti, e il direttore del CSM aveva proposto un tavolo di lavoro condiviso per capire l'esperienza*

*d'altro canto si è trattato di disponibilità individuali, non è scattato un movimento culturale, di riflessione e di assunzione di responsabilità pubblica da parte degli operatori, nemmeno tra quelli, più vicini, del sociale:*

*Gli operatori si adeguano allo psichiatra, trovare oggi un operatore che fa queste scelte è fantascienza!*

*C'è magari una sorta di dissociazione tra il discorso lavorativo e i tuoi ideali, e quello che manca è il discorso politico, collettivo, che è anche staccato dal mandato... E non c'è perché non c'è a Torino, c'era il gruppo degli Operatori- non-dormienti, ma adesso sono in quattro...*

*Operatori che appoggiavano ma singolarmente, se non c'è un coordinamento anche degli operatori rimane un*

*rapporto marginale*

*Dalla parte Asl nessuna collaborazione e anzi siamo stati osteggiati. Da un'altra parte Asl, interessi e manipolazione, interessi sulla stabile occupato, interessi che si scontravano.*

I giorni dell'autogestione, come tutte le esperienze di frontiera, sono stati una sfida, un evento critico e insieme un grande apprendimento da cui ripartire.

Da un lato, un protagonista sottolinea come questa questione del conflitto occupanti-operatori è stata gestita a un certo punto rifiutando gli operatori, la contraddizione tra includerli ed escluderli è rimasta aperta e non governata collettivamente.

*A me viene anche da ragionare in termini autocritici: la situazione era anche esplosiva e provocatoria e contenerla era difficile, andavano e venivano alcuni operatori ma c'era anche esclusione da parte nostra, la soglia si era alzata*

*Un'autodeterminazione come l'abbiamo attuata credo non possa funzionare, va pensata in modo più aperto perché così resta intrisa di rabbia e risentimento, ed è successo se in assemblea si presentava uno psichiatra c'erano insulti e aggressività.*

D'altro canto, la gestione quotidiana è stata carente di regole condivise tra pari, e modalità esplicite per il governo di una situazione in cui realtà individuali difficili e critiche non mancavano:

*Nella sperimentazione mancavano del tutte le regole, nonostante i primi tre giorni si sia tentato di darle ma poi sono state del tutto abbandonate, ed è stata una vera autogestione, ma l'autogestione di pazienti psichiatrici con tutti i loro bisogni e necessità senza una linea condivisa non poteva reggere.*

E tuttavia, l'occupazione di via Gorizia e la Repubblica dei Matti sono diventate, per il gruppo, un'esperienza da cui ripartire e imparare, e l'idea-guida del Rifugio urbano è un riferimento contro la gestione violenta della crisi e contro l'ipotesi che le crisi, in psichiatria, siano una faccenda per soli matti e per soli operatori.

*In ogni caso ripartire da lì, elaborare questa esperienza serve ad andare avanti.*



## Conclusioni: dall'*insanity of place* al luogo di cura

di Sergio Mauceri

Giunti a conclusione di questo preliminare percorso di studio, l'impressione maturata è di aver ricostruito accuratamente gli elementi di pre-comprensione, necessari a orientare più precisamente il nostro impegno futuro di ricerca-intervento rispetto al superamento delle numerose violazioni dei diritti prospettate dal ricorso alla contenzione meccanica nei SPDC e dalle altre misure coercitive che sottraggono l'autodeterminazione delle cure del paziente psichiatrico.

Si tratta di una negazione di diritti che fa capo principalmente alla salvaguardia della salute, della libertà, della dignità personale dei pazienti acuti. Congiuntamente, l'intento di contenere la contenzione richiama il diritto delle famiglie dei degenti di richiedere prestazioni di cura dei propri cari che mitigino le sofferenze e le conseguenze gravose che sul piano esistenziale una patologia psichiatrica può arrecare su quanti ne sono vittime e su coloro che vi sono a stretto contatto. Come sostiene Erving Goffman, il paziente psichiatrico "rendendo il suo sé disadattato alla sua persona, rende disadattate al loro sé le persone che gli stanno intorno. Qualunque cosa faccia, ne consegue sempre disordine" (1971; tr. it., 2008, 300). Non attenendosi alle regole del gioco sociale che dà ordine e senso alle nostre vite, egli diventa nella percezione degli altri che lo circondano, una persona che non sa stare al proprio posto. In questo senso, la malattia mentale può essere considerata sociologicamente come un'infrazione alla definizione della situazione condivisa, ovvero al sistema delle norme e delle aspettative sociali. Stante la temporanea incapacità, ascrivibile a molte delle diverse forme di psicosi, di adeguarsi al sistema normativo, anche le regole di natura medico-ospedaliera relative al processo di cura possono essere percepite dal paziente come un limite intollerabile. Il limite che si paventa nel percorso medico standardizzato confligge col libero gioco "inventato" dal degente per porsi in una posizione che, per quanto possa collimare con la propria immagine di sé in quel momento, si rivela sconveniente rispetto allo status che gli altri vorrebbero che egli/ella tornasse ad occupare. Questa rappresentazione goffmaniana della malattia mentale induce a considerare il paziente psichiatrico come persona che non vuole o non riesce a stare al proprio posto e, in questo senso, le misure coercitive – come quelle assimilabili alla contenzione – rappresentano strumenti di potere per far sì che l'individuo resistente alle regole torni nei ranghi sociali e cessi di invadere lo spazio fisico ed emotivo dello staff medico e delle altre persone con cui egli entra in contatto. All'interno di questo frame, la contenzione meccanica svela la propria carica sanzionatoria rispetto all'infrazione dell'ordine simbolico perturbato e contaminato dalla presenza di individui che rifiutano, intenzionalmente o meno, di condividere le coordinate di senso (temporali, spaziali, culturali, esistenziali) ordinarie. L'aggressività del paziente, cui normalmente fa capo la pratica di legare mani e piedi il degente in ospedale, genera a sua volta l'aggressività dello staff medico, che considera inattuabili strategie alternative che facciano leva sulla componente relazionale. La spirale dell'aggressività reciproca – fatta di sollecitazioni del paziente alla riacquisizione della libertà violata e da speculari forme violente di repressione da parte di chi ritiene che quello specifico tipo di libertà reclamata sia incompatibile con il processo di riabilitazione – porta a considerare la malattia psichiatrica e le strategie di cura come facce della stessa medaglia. L'SPDC rischia, in questo senso, di diventare un luogo patologico, nel senso in cui lo stesso Goffman introduce, relativamente alla malattia mentale, il riferimento all'*insanity of place*. Si tratta di una configurazione sociale particolarmente pertinente laddove un SPDC faccia uso ordinario e frequente di misure coercitive. In questi casi, è come se il tentativo di restituire al degente un senso di sé più vicino ad uno status socialmente accettabile passasse paradossalmente attraverso l'uso di strumenti che negano il sé del paziente. Per questa via, alla incapacità del degente di controllare le proprie emozioni si contrappone una resa incondizionata alla constatazione che come staff ospedaliero la situazione specifica sia totalmente sfuggita al controllo e richieda costitutivamente il ricorso alla violenza.

Entro queste coordinate interpretative, occorre situare la forma retorica utilizzata di frequente dallo staff ospedaliero a giustificare l'uso della contenzione, fondata sul riscontro di carenze e disfunzioni di natura socio-organizzativa, come ad esempio la carenza di personale. Il discorso, nella parte conclusiva di questo lavoro può essere rovesciato e considerare che, se oramai è condiviso che il paziente "è portatore dei sintomi

di un contesto malato” (Goffman, 1971; tr. it., 2008, 278), è possibile considerare che la stessa struttura ospedaliera possa diventare da contesto di cura a luogo patologico nel momento in cui pretenda di curare un disagio, che spesso nasce da traumi e violenze sociali, attraverso l’uso della coercizione e della violenza stessa. Piuttosto che di una terapia d’urto, il perdurante ricorso alla contenzione meccanica e farmacologica assume le forme di una privazione non solo della libertà, ma anche delle chance riflessive per il paziente di considerare se stesso in modo diverso da vittima di una cospirazione ai propri danni, o comunque secondo una immagine che lo avvicini a quegli universi di senso perduti a causa della patologia mentale. Per evitare di produrre semplificazioni generalizzanti indebite, occorre considerare che nel tipo ideale qui tratteggiato del contesto patologico può essere classificato un numero, per ora indefinito, di strutture psichiatriche che privilegiano le pratiche di coercizione rispetto quelle psico-relazionali per “gestire” i pazienti con manifestazioni di crisi e che, più estensivamente, li sottraggano di qualsiasi chance di autodeterminare il proprio percorso terapeutico. Entro questa classe, che costituisce polo di un continuum, si collocano non solo una parte, comunque limitata dei SPDC, ma anche i CSM e le altre strutture interne ai DSM che sono accomunate da una visione bio-deterministica che guarda al paziente acuto come individuo incapace di intendere e di volere, laddove invece la persona può di fatto legittimamente nutrire insofferenza nei confronti di cure o trattamenti contenitivi, imposti senza che vi sia un tentativo incisivo di tipo negoziale, basato su pratiche psicodinamiche che gli restituiscano un ruolo decisionale (inter)attivo. Sull’altro polo del continuum, quello dei contesti di cura, si collocano invece i SPDC no restraint e le altre strutture psichiatriche, come i CSM, che operano sinergicamente per riconoscere al paziente la facoltà di poter negoziare decisioni sui trattamenti da ricevere e tutti i diritti che generalmente sono riconosciuti ai malati di altra patologia. Essere ricoverati in un reparto ospedaliero che opera a porte aperte, esattamente come tutti gli altri reparti e senza ricorrere all’uso della contenzione, rappresenta effettivamente il requisito minimo affinché per l’SPDC sia possibile operare un passaggio *dall’insanity of place*, che Goffman riferiva all’istituzione totale, alla sfida della cura, menzionata a più riprese da Toresini durante l’intervista e nei suoi scritti. Lungo il continuum che separa questi due poli, è possibile immaginare di poter collocare la parte più numerosa dei SPDC, approssimandosi, più o meno in modo marcato, ad uno dei due tipi ideali tracciati. Rispetto a questa polarizzazione, non si ritiene superfluo chiedersi quanto i SPDC che fanno più uso della coercizione si avvicinino al modello della istituzione totale, che saremmo portati a pensare non essere più presente nell’esperienza psichiatrica italiana contemporanea<sup>61</sup>. Per rispondere a questo quesito in modo rigoroso, il riferimento non può che essere nuovamente a Goffman, in particolare alla sua ricerca del 1962, *Asylums*, specificatamente dedicata alle istituzioni totali nel campo psichiatrico e in particolar modo a come l’internato vivesse soggettivamente la propria situazione. Il nostro sociologo canadese, poi migrato in America – dove svolge nel distretto della Columbia questa ricerca – così introduce per la prima volta nella storia la locuzione istituzioni totali, specificando quale sia il tratto definitorio che rende tale una organizzazione sociale:

Nella nostra società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune delle quali agiscono con potere inglobante – seppure discontinuo – più penetrante di altre. Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell’impedimento allo scambio sociale e all’uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell’istituzione: porte chiuse, filo spinato, rocce, corsi d’acqua, foreste o brughiere. Questo tipo di istituzioni io lo chiamo «istituzioni totali» ed è appunto il loro carattere generale che intendo qui analizzare.

Su questa base, assumendo il carattere inglobante (anche discontinuo) come criterio di classificazione, è possibile concludere che le porte chiuse dei reparti dei SPDC costituiscano il criterio per definirli istituzioni totali, laddove le uniche eccezioni sono costituiti dai circa 20 SPDC che in Italia operano a porte aperte, in regime no restraint. “Porte aperte”, come ci ha spiegato bene Toresini durante l’intervista, non significa che i degenti possano uscire quando vogliono, ma che possano negoziare con lo staff delle libere uscite, laddove le condizioni di salute lo consentano. Nei reparti che operano a porte chiuse, invece, la porta è chiusa e dotata di dispositivi di allarme, di modo che – se il reparto non dispone di uno spazio aperto – non è consentito

61 Il riferimento al contesto italiano è d’obbligo considerato che in quasi tutti i paesi europei, non essendo avvenuto niente di analogo alla “rivoluzione basagliana”, ancora esiste l’istituzione dell’ospedale psichiatrico, piuttosto che essere previsto un reparto psichiatrico negli ospedali generici.

neanche di respirare una parvenza di libera uscita. Le porte chiuse sono chiuse anche per chi voglia andare a trovare i degente, o meglio spetta alla discrezionalità dello staff decidere quando il paziente è nelle condizioni di ricevere visite da familiari e amici. Come si è avuto modo di appurare, ancora più impenetrabili sono questo tipo di reparti per avvocati o figure che potrebbero tutelare i loro diritti. Potrebbero, dunque, sostenere che più il potere di discrezionalità dello staff nell'aprire anche solo temporaneamente le porte è alto è più il reparto ospedaliero si avvicina al tipo ideale dell'istituzione totale. Si tratta di un criterio di classificazione dei SPDC che non ha solo natura definitoria, quanto piuttosto contribuisce a: 1) applicare anche ai SPDC alcune delle numerose considerazioni, di natura etica, teorica e pragmatica, che Basaglia e il suo gruppo avanzano con riferimento alle istituzioni totali manicomiali, con tutte le cautele di riadattamento che questa operazione di traslazione richiede; b) conferire credito a quanto autori come Dell'Acqua e Toresini scrivono in ordine alle funzioni di deistituzionalizzazione assolta dal modello di SPDC *no restraint*; c) svelare quale sia la funzione latente delle porte chiuse, che seguendo Goffman (ibidem), è di proteggere la società dal pericolo che seppure non intenzionalmente soggetti incapaci di badare a se stessi rappresentano fattivamente o nelle rappresentazioni psichiatriche e collettive.

Se la porta chiusa rappresenta già una privazione della libertà, il carattere coercitivo del trattamento di "cura" in buona parte dei SPDC non potrebbe dirsi totale se la porta chiusa non servisse anche a occultare verso l'esterno le pratiche di contenzione cui il paziente ha probabilità di incorrere all'interno del reparto (con una probabilità che si eleva in concomitanza di ricovero in TSO e di alcune caratteristiche come il genere maschile la condizione di migrante straniero, ecc.; vedi cap. 2).

Come si è considerato, nel presentare le ricerche svolte (cfr. cap. 2), anche a parità di risorse interne all'SPDC e di caratteristiche individuali dei degenti, un ruolo innegabile nell'incentivare il ricorso alla contenzione meccanica, è svolto dalla cultura autoritaria di reparto, il che include gli atteggiamenti e tutte le variabili disposizionali che incidono sullo stile e il clima di lavoro. In questa compagine, la ponderazione dei fattori di rischio è certamente sensibile ai rapporti gerarchici, di modo che la presenza di un Dirigente sanitario particolarmente incline alla coercizione del malato assumerà un ruolo di primo rilievo nel determinare frequenza e durata degli episodi di contenzione. In questo senso, l'associazione statistica tra disfunzioni organizzative e alta frequenza di ricorso alla contenzione, anche laddove riscontrabile empiricamente, potrebbe essere spuria o fittizia. La fallacia interpretativa potrebbe nascere dal fatto che, ad esempio, una cultura organizzativa particolarmente autoritaria potrebbe essere associata in modo costitutivo a entrambi gli attributi considerati nella relazione statistica originaria: l'autoritarismo potrebbe indurre a non gestire creativamente e in modo flessibile le risorse a disposizione, generando disfunzioni organizzative, e – nel contempo – potrebbe concorrere in modo significativo a incrementare la stessa probabilità di ricorrere frequentemente alla contenzione. In presenza di questo specifico rapporto tra le tre variabili in gioco, la relazione originaria sarebbe solo apparente, facendo cadere il principale "alibi" addotto a sostegno della necessità di ricorrere alla contenzione meccanica.

In ogni caso, pur volendo riconoscere un qualche ruolo diretto alle disfunzioni organizzative nel dare conto della variabilità con cui si ricorre alla contenzione nei SPDC, è necessario che all'interno di ciascun reparto ci si interroghi profondamente sulla liceità etico-normativa di pratiche come questa prima di invocare lo stato di necessità. Infatti, legare coercitivamente i pazienti psichiatrici, per un tempo indefinito, ha assunto, nel corso di questo primo report, a prescindere da quale sia stato il riferimento disciplinare privilegiato dai diversi autori dei capitoli, la configurazione di una pratica aberrante e disumana. In quanto residuo neo-manicomiale, richiederebbe un'espressione condivisa di dissenso dell'opinione pubblica e da parte delle élite che detengono il potere simbolico ed esecutivo. La sopravvivenza di questa pratica in psichiatria (che peraltro coinvolge anche l'ambito geriatrico) è tanto più singolare e paradossale se si pensa che proprio la condanna del carattere disumano della contenzione meccanica costituì uno dei maggiori elementi ispiratori della riforma della disciplina psichiatrica in Italia, che ha animato negli anni '70 la concezione moderna della salute mentale, soprattutto ad opera di Franco Basaglia e del suo gruppo. L'impressione, che è stata ben argomentata nel primo capitolo, è che la stessa legge 180/1978, che ne è derivata sul piano giuridico, sia stata applicata solo selettivamente e "giocando", più o meno consapevolmente, con il margine di ambiguità

interpretativa che qualsiasi legge – o potremmo dire qualsiasi testo scritto o orale – inevitabilmente reca con sé.

Che la contenzione sia da considerarsi illegale o incostituzionale è stato già ampiamente argomentato nel corso del report. Non è però superfluo ricordarlo nelle conclusioni per ribadire che “contenere la contenzione” fino ad eliminarla, oltre che come possibilità prospettata dalla presenza sul territorio di SPDC *no restraint* che non ne fanno uso, si configura come *dovere* etico-giuridico-sociale. Si tratta di un dovere che non dovrebbe essere affidato alle buone intenzioni di pochi. La violazione dei diritti che vi fa capo *non dovrebbe* essere, altresì, richiamata dalle maggioranze silenziose solo episodicamente, di fronte all’esito estremo del decesso dei pazienti psichiatrici, come è stato nel caso di Francesco Mastrogiovanni e Giuseppe Casu, salvo poi rimuovere, nell’ordinarietà delle tante situazioni in cui la contenzione viene praticata, lo spettro della violenza che questa pratica reca con sé. *Non dovrebbe* perché i pazienti, anche in funzione della durata della contenzione, possono subire pesanti effetti e traumi psico-fisici anche di lungo termine, oltre a quelli contingenti di breve termine, che non facilitano affatto la fuoriuscita dall’episodio di crisi acuta e che a volte possono essere letali. *Non dovrebbe* perché molti pazienti psichiatrici, ricoverati in modo coatto o volontario nei SPDC, vengono sovente legati mani e piedi per la gestione di episodi di agitazione o aggressività che richiederebbero un impegno psico-relazionale di natura diversa, che gli stessi medici e infermieri reputano incompatibile con le risorse umane e organizzative messe a disposizione a livello centrale.

Ancora una volta, invocare la mancanza di risorse medico-sanitarie è palesemente un’argomentazione debole, se rapportata al fatto che la frequenza di ricorso alla contenzione nei SPDC assume immediatamente, proprio seguendo questa stessa forma retorica - tipicamente invocata dal personale medico-infermieristico - il ruolo di indicatore di inefficacia e inefficienza del servizio.

Stante il riconoscimento condiviso del carattere anti-terapeutico della contenzione meccanica, resta aperto un dilemma che soprattutto le élite simboliche, detentrici del potere istituzionale e scientifico, dovrebbero impegnarsi a sciogliere: non regolamentare la contenzione significa non riconoscerla come pratica ammissibile sul piano giuridico-normativo, ma non normarla e non monitorarla significherebbe anche consentire che si riproducano modi di gestirla approssimativi, indiscriminati, lesivi della dignità e dei diritti alla salute del malato, affidandoli comunque al *personale* paradigma dei dirigenti dei diversi SPDC italiani. È a questo livello, prima ancora che su un piano di interpretazione giuridica, che la contenzione meccanica si presenta come un *nodo* problematico da sciogliere. Intanto, a fronte di questo vettore di forze simboliche contrapposte, la segnalazione dei diritti infranti continua a essere affidata al coraggio e alla determinazione delle singole persone violate e dei propri famigliari nel rivolgersi a un legale per denunciare gli abusi subiti. Il dolore della rievocazione e il rischio di stigmatizzazione sociale che questa presa di posizione recherebbe con sé rende, tuttavia, del tutto trascurabile la quota di persone che finora ha intrapreso questo percorso di rivalsa legale.

Se il pessimismo socio-giuridico, trapelato nel corso della intera trattazione e di queste stesse conclusioni, è in buona misura giustificato, l’anno in corso segna un momento effettivamente propizio per tornare a focalizzare l’attenzione socio-istituzionale su questo nodo problematico. Rompere il silenzio, che ha avvolto troppo a lungo pratiche neo-manicomiali come la contenzione meccanica, si presenta come obiettivo realistico, ora che sono presenti una serie di condizioni favorevoli:

- si è sviluppata una rilevante letteratura specialistica di stampo critico (prevalentemente psichiatrica e giuridica) in materia di contenzione;



- le prese di posizione pubbliche di Organismi nazionali e internazionali<sup>62</sup> a tutela dei diritti connessi alla salute mentale sono significative dal punto di vista numerico e qualitativo;
- è stata disposta giuridicamente la chiusura degli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari);
- alcune componenti della società civile - prima tra tutte quella parte del Terzo settore che associa utenti e famigliari - sono consapevoli e ben organizzate rispetto al fine di rivendicare la tutela dei diritti e la dignità negata dei pazienti psichiatrici;
- l'alternativa del *no restraint* non può più essere ignorata perché ben formalizzata e avviata in una parte dei SPDC;
- l'attenzione pubblica sui casi processuali Mastrogiovanni e Casu è stata conquistata - grazie soprattutto al coraggio e alla tenacia dei famigliari, ma anche all'impegno di sensibilizzazione pubblica profuso da Associazioni del Terzo settore e dai due Comitati che si sono specificatamente formati affinché la giustizia potesse prevalere<sup>63</sup>.

A fronte di questo retroterra ormai acquisito in alcune cerchie sociali, rifiutare di informarsi o fingere di non sapere circa lo stato delle condizioni dei pazienti psichiatrici acuti ricoverati nelle strutture ospedaliere è una strategia di mimesi che giova a niente e a nessuno, se non al bisogno difensivo, più o meno inconsapevole e inconcludente, di rimuovere il dato evidenziale che l'esperienza del disagio psichico, soprattutto nei contesti metropolitani<sup>64</sup>, avvolge, in modo più o meno diretto, le vite quotidiane di tutti noi.

Il lavoro presentato, per quanto restituisca un quadro di sfondo per molti versi denso di interrogativi rimasti inevitabilmente aperti e di lacune conoscitive, dovute principalmente alla frammentarietà dei dati istituzionali e di ricerca prodotti a livello italiano, può rappresentare un primo strumento fecondo da diversi, compossibili punti di vista:

- *Autoriflessivo*: i pazienti psichiatrici (e i propri famigliari e amici) possono recuperare in questo primo report di *A Buon Diritto* gli elementi di conoscenza (giuridica, medico-psichiatrica, sociologica, psicologica, biografica) utili per riflettere retrospettivamente sulla propria esperienza e maturare una maggiore consapevolezza dei percorsi di diagnosi e cura vissuti;
- *Dialettico*: il carattere interdisciplinare del lavoro svolto sollecita le connessioni tra diversi domini che supportano l'interpretazione multifocale dei nodi della contenzione. Questa dialettica rappresenta un importante strumento per promuovere la riflessione anche nel personale medico-infermieristico interno ai Dipartimenti di Salute Mentale e, in particolar modo, ai SPDC;

62 Oltre alle prese di posizione già citate del Comitato nazionale per la biotecnica (CNB 2015; cfr. Allegato 3.2.), occorre segnalare tra i documenti più recenti e incisivi il seguente: [Plan for Europe, WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 January 2015](#) (EUR/04/5047810/7). Prima ancora, deve essere almeno menzionato il report prodotto dallo *European Committee for the Prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment nel XVI General Report on the CPT activities* (2006). Nella sezione *Means of restraint in Psychiatric Establishment*, dedicata ai problemi della contenzione negli istituti psichiatrici, giunge alla conclusione che in molti istituti vi è un eccessivo ricorso ai mezzi di contenzione meccanica e che molti dei pazienti sono contenuti come forma di sanzionamento per comportamenti percepiti come inappropriati e/o come mezzo per indurre un cambiamento di comportamento. Come è stato anche rivelato durante l'intervista a Sangiorgio (cfr. cap. 3 del ns. report), il rapporto del Comitato europeo denuncia inoltre che in molte strutture psichiatriche visitate dal CPT in Italia si fa ricorso alla contenzione per motivi di comodità dello staff e per "mettere al sicuro" i pazienti "difficili" mentre vengono espletate altre attività.

63 Non secondaria al riguardo è poi la pubblicazione dei due volumi, che ricostruiscono accuratamente la complessità e lo sfondo dei due casi giudiziari (Di Palma, 2014; Del Giudice, 2015).

64 Sia consentito, da un punto di vista sociologico, istituire a questo riguardo un parallelo con l'immagine suggestiva tracciata da Simmel, già agli inizi del '900 facendo riferimento alla metropoli di Berlino, dell'individuo "blasé" che, in risposta all'incessante, frammentario e caotico flusso di stimoli sensoriali cui "l'uomo metropolitano" è quotidianamente sottoposto, risponde con un organo di difesa potente ma annichilente come l'indifferenza, riducendo a sfumature di grigio anche tutti gli oggetti e i soggetti esistenziali che, in positivo o negativo, presenterebbero altrimenti una colorazione emotivo-sensoriale tutt'altro che neutra.

- *Empowerment della coscienza collettiva*: il report può incentivare la sensibilizzazione pubblica rispetto alle pratiche coercitive utilizzate nel sistema del DSM (da qui la scelta di pubblicarlo nella modalità online e con un linguaggio accessibile).

Con riferimento al nostro impegno futuro, la ricerca di fondo pubblicata ha poi un ruolo orientativo insostituibile per le indagini successive che si intendono realizzare sulle stesse tematiche. In particolare, l'Associazione A Buon Diritto, con la collaborazione della *Sapienza Università di Roma* (Dipartimento di *Comunicazione e Ricerca Sociale*), intende proseguire lungo due principali direttrici di ricerca:

a) *Studiare comparativamente gli elementi organizzativi, culturali e disposizionali che distinguono i SPDC che fanno ricorso alla contenzione meccanica da quelli no restraint*, al fine di identificare i fattori di rischio che facilitano il ricorso (frequente) e gli abusi delle pratiche di contenzione in psichiatria. L'obiettivo ultimo è stilare e diffondere linee guida programmatiche per contenere la contenzione, fino ad eliminarla;

b) *Sensibilizzare l'opinione pubblica attraverso la progettazione, valutazione e diffusione di campagne pubbliche* di sensibilizzazione, mirate a informare e rompere il silenzio in ordine alle modalità e alle conseguenze ordinarie ed estreme associate alla contenzione dei pazienti psichiatrici<sup>65</sup>.

Si tratta di un impegno vincolato alla disponibilità di fondi di ricerca, che stiamo provvedendo a reperire, con l'auspicio che le indagini conoscitive, nell'ottica della ricerca-azione, possano contribuire ad informare politiche e strategie di azione in questo spazio sociale che, come si è argomentato nel corso delle pagine, è caratterizzato da scarsa accessibilità e visibilità.

A ulteriore giustificazione dei due obiettivi programmatici con i quali intendiamo muovere, in termini di ricerca, i prossimi passi in difesa dei diritti dei pazienti psichiatrici, il riferimento all'esigenza sottesa di individuare buone pratiche è richiamata in modo esemplare dalle parole proferite da Franca Basaglia, durante una intervista rilasciata nel 2013 a Giovanna Del Giudice:

La buona pratica è il risultato di una volontà collettiva di partire comunque dal rispetto e dalla libertà della persona che certamente proviene da una storia in cui questo rispetto e libertà sono venuti meno o non sono mai esistiti. La buona pratica cresce e si sviluppa attorno a questo nucleo centrale, da cui si dipana ogni altro intervento.

La contenzione blocca questo sviluppo nell'atto stesso che parte dal massimo dell'umiliazione e della mortificazione della persona e ripropone la copertura della nostra incapacità ad affrontare diversamente la sofferenza e la violenza, con una risposta irresponsabile di violenza e difesa di sé, di violenza da parte del più forte, e di chi è in condizione di porre una distanza fra sé e l'altro: il ruolo, le regole, l'istituzione, il potere (Franca Basaglia, 2013; cit. in Del Giudice, 2015).

La formalizzazione di buone pratiche richiede uno studio sistematico delle attuali condizioni nei SPDC e dei fattori di rischio che incentivano il ricorso alla contenzione meccanica, così come richiede che delle pratiche relazionali adottate nei SPDC *no restraint*, se ne studi non solo l'efficacia ma anche la sostenibilità negli altri reparti che attualmente lavorano a porte chiuse e ricorrendo alla contenzione meccanica.

A conclusione di questo viaggio nei territori della coercizione psichiatrica, sia consentito riprendere il brano riportato in epigrafe al terzo paragrafo, per chiudere il cerchio retorico-argomentativo tracciato in queste pagine conclusive:

Il significato di una comunità psichiatrica dovrebbe consistere nel rendere più esplicite le contraddizioni

.....  
<sup>65</sup> Per entrambi i progetti di ricerca-azione, si prevede di utilizzare un modello di indagine Multilivello e Integrato, che lo scrivente ha elaborato e formalizzato nel corso della sua esperienza di ricerca (Mauceri 2013, 2015; Gobo e Mauceri, 2014).

inerenti il background sociale su cui la malattia si sviluppa, in modo che il paziente riesca ad individuarle, dialettizzarle, e affrontarle. Ma come è possibile se egli è stato negato in quanto contraddizione rispetto alla norma, attraverso l'ideologia psichiatrica che lo ha definito e fissato entro limiti invalicabili? (Franco e Franca Basaglia, 1969, *Introduzione* alla prima edizione italiana di *Asylums*)

L'intero report, e in particolare la parte empirica delle interviste ad esperti e a persone che hanno vissuto in passato l'esperienza di essere legati coercitivamente, riconducono la contenzione entro un percorso terapeutico complessivo caratterizzato dalla violazione del diritto – difficilmente sancibile - a vedere riconosciute le proprie esperienze psichiche ed esistenziali al di fuori della nomenclatura psichiatrica. Richiamando nuovamente l'unico teorema di cui si dispone in sociologia, “se gli uomini definiscono reali certe situazioni, esse diventano reali nelle loro conseguenze” (Merton, 1938; tr. it., 1957), i limiti invalicabili fissati dall'ideologia psichiatrica, di cui parlano Franco e Franca Basaglia, diventano limiti invalicabili anche per la persona ricondotta entro la tassonomia diagnostica. In questo senso, se il paradigma bio-genetico finisce per l'escludere che la persona possa guarire, la negazione della guarigione diventa irrimediabilmente negazione della persona stessa, con tutte le conseguenze che questa definizione del proprio sé comporta. Immaginare un futuro fatto di sofferenza per sé e per chi lo circonda non può che equivalere per il paziente a una spoliatura di tutti quei riferimenti identitari e relazionali che, invece, se contrapposti in modo attivo alla malattia decretata, potrebbe portare la persona a essere e sentirsi qualcosa di diverso da qualcuno che si agita, per poi contorcersi una volta che lo staff ospedaliero decidesse che l'unico modo per contenere la rabbia di esistere in quella condizione di negazione fosse quella di legarlo con la forza. Essere classificato una “contraddizione rispetto alla norma” attiva quasi sempre un processo sanzionatorio, soprattutto all'interno di società anomiche come le società contemporanee, che sono alla ricerca di sicurezze rispetto a paure sociali, generalmente costruite dalle élite simboliche, per dominare sia sugli oppressi sia sui loro oppressori. In questo senso, lo stesso meccanismo della paura collettiva diventa una nuova forma di negazione, che incatena il paziente psichiatrico ad una condizione di vergogna e umiliazione e lo rende impossibilitato a pensare alla propria patologia alla stregua delle altre malattie, che generalmente, o comunque con maggiore frequenza, generano solidarietà sociale e comprensione. Vergogna, umiliazione portano poi ad essere malati clandestini e a sentirsi stranieri, anche nella propria patria e nei territori degli affetti più cari. Definirsi come malati mentali e incapaci di intendere e di volere, anche quando la diagnosi fosse errata, reca con sé un processo di ridefinizione del sé e l'autoavverazione della profezia di malattia inguaribile è la prima conseguenza reale, laddove in psichiatria la coercizione prevalga sulle pratiche, oggi molto diffuse anche fuori dai SPDC, di tipo psico-dinamico-relazionale.



**Appendici al primo rapporto:  
Documenti e strumenti di ricerca**

## **Appendice 1.1. - Elenco e caratteristiche degli SPDC presenti sul territorio Piemontese**

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o OSPEDALE MAURIZIANO	L.go Turati 62 10128 TORINO Tel. 011 5082264 - 011 5082642 Tel./Fax. 011 502485, centralino 011 5081111 Tel. 011 5082751 radio guardia medica	Primario: Dott.ssa Adriana Ruschena Responsabile: Dott.ssa Adriana Olessina  Medici: Dott. Pietro Cantafo, Dott.ssa Chiara Fassino, Dott. ssa Carla Rouillet C.S.: Maria Colognesi	Territorio di competenza: Centro, Crocetta, San Secondo - San Salvario, Cavoretto - Borgo Po	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 13
SPDC c/o ASO San Giovanni OSPEDALE MOLINETTE	C.so Bramante 88/90 10126 TORINO Tel. 011 6335334. centralino 011 6331633 Tel. e Fax. 011 6635616	Primario: Prof. Filippo Bogetto Responsabile: Dott. Vincenzo Villari  Medici: Dott.ssa Anna Gualerzi, Dott. Vincenzo Belsanti, Dott.ssa Franca Pezzini, Dott.ssa Valeria Fonzo, Giulio Barzega C.S.: Giuseppe Feroglio	Territorio di competenza: ASL1: Nizza, Millefonti, Lingotto - Mirafiori Sud vengono accettati tutti i pazienti indistintamente dal territorio di provenienza.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 14
SPDC c/o Presidio Ospedaliero MARTINI	via Tofane 71 10141 TORINO Tel. 011 7095334 medici - 011 7095351 infermeria 011 7095284 cucina, 011 70951 centralino Tel. 011 7095281 diretto Dott. Tavolaccini Fax. 011 7095457 Direzione Sanitaria	Primario: Dott. Luigi Tavolaccini Responsabile: Dott. Roberto Gianni  Medici: Dott. Carlo Niccolai, Dott.ssa Elena Camerone, Dott.ssa Rossella Diara C.S.: Claretta Vanzino	Territorio di competenza: Santa Rita, Mirafiori Nord, San Paolo, Cenisia Cit Turin, Pozzo Strada	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 10

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>MARIA VITTORIA</b> c/o OSPEDALE AMEDEO DI SAVOIA	C.so Svizzera 164 10149 TORINO Tel. amm. 011 740755 - amm. 011 747442 - reparto 011 4393874 Tel. reparto 011 4393875 - centralino 011 4393111 Fax. 011 4393876	Primario: Dott. Elvezio Pirfo Responsabile: Dott. Flavio Vischia  Medici: Dott.ssa Silvia Drago, Dott. Roberto Keller, Dott.ssa Federica Ghiano C.S.: Fabiana Calandra	Territorio di competenza: Parella, Campidoglio, San Donato - Borgo Vittoria, Lucento, Madonna di Campagna, Vallette	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 13
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>GIOVANNI BOSCO</b>	P.zza del Donatore di Sangue 3 10154 TORINO Tel. 011 2402203 - 011 2402352 - A.S. 011 2402353, centralino 011 2401111 Tel. diretto Dott. Munizza 011 2402354 Fax. 011 2426846	Primario: Dott. Luciano Sorrentino Responsabile: Dott. ssa Maria Rosaria D'Onofrio  Medici: Dott. Guido Emanuelli, Dott. Cesare Liffredo C.S.: Cristina Cubeddu	Territorio di competenza: Barriera di Milano, Falchera, Regio Parco - Aurora, Madonna del Pilone, Vanchiglia. Comuni: Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Castiglione Torinese, Cavagnolo, Chivasso, Cinzano, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Gassino Torinese, Lamporo, Lauriano, Leini, Montanaro, Monteu da Po, Rivalba, Rondissone, San Raffaele Cimena, San Sebastiano Po, Saluggia, S. Benigno C.Se, S. Mauro T.se, Sciolze, Settimo T.se, Torrazza Piemonte, Verolengo, Verrua Savoia, Volpiano.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 14
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>INFIRMI di RIVOLI</b>	Strada Rivalta 10098 RIVOLI Tel. 011 9551066, centralino 011 95511 Fax. 011 9551218 c/o Pronto Soccorso	Primario: Dott. Roberto Marocchino Responsabile: Dott.ssa Loredana Cutrone	Territorio di competenza: Almese, Avigliana, Bardonecchia, Beinasco, Borgone di Susa, Bruino, Bruzolo, Bussoleno, Buttiglieria Alta, Caprie, Caselette, Cesana Torinese, Chianocco, Chiomonte, Chiusa S. Michiele, Claviere, Coazze, Collegno, Condove, Exilles, Giaglione, Giaveno, Graverè, Grugliasco, Mattie, Meana di Susa, Mompantero, Moncenisio, Novalese, Orbassano, Oulx, Piossasco, Reano, Rivalta di Torino, Rivoli, Rosta, Rubiana, S. Ambrogio di Torino, S. Antonio di Susa, Salbertrand, San Didero, San Gioglio di Susa, Sangano, Sauze di Cesana, Susa, Trana, Vaie, Valgioie, Venaus, Villar Dora, Villar Focchiardo, Villarbasse, Volvera.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 10
SPDC c/o Azienda Regionale Ospedaliera <b>S.LUIGI</b>	Regione Gonzole 10 10043 ORBASSANO Tel. 011 9026504 - 011 9026505 - infermieri 011 9026361, centralino 011 90261 Fax. 011 9026595 c/o Clinica Universitaria	Primario: Prof. Pier Maria Furlan Responsabile: Dott. Rocco Picci	Territorio di competenza: ASL 5 B: (distretto 3) Orbassano, Rivalta, Beinasco, Volvera, Piossasco, Bruino.  ASL 8: (distretto 3) Nichelino, None, Candiolo, Vinovo	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 10



SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o <b>OSPEDALE CIRIÈ</b>	Via Battitore 7/9 10152 CIRIÈ Tel. 011 92171 - 011 9217347 - 011 9217349 Fax. 011 9217448	Primario: Dott. Maurizio Desana Responsabile: Dott.ssa Ileana Pettiti	Territorio di competenza: Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Ciriè, Coassolo Torinese, Corio, Druento, Fiano, Front, Germagnano, Givoletto, Groscavallo, Grosso, La Cassa, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mathi, Mezenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Pianezza, Robassomero, Rocca Canavese, San Francesco Al Campo, San Maurizio Canavese, San Carlo Canavese, San Gillio, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Venaria Reale, Villanova Canavese, Viù.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>SANTA CROCE</b>	P.zza A. Ferdinando 3 10024 MONCALIERI Tel. 011 6930234, medici 011 6930460, centralino 011 69301 Tel. diretto Dott. Vicelli 011 6930461 Fax. 011 6930234	Primario: Dott. Walter Vicelli Responsabile: Dott.ssa Gabriella Leria	Territorio di competenza: Albugnano, Arignano, Baldissero T. Se, Berzano S. Pietro, Buttigliera D'Asti, Cambiano, Candiolo, Carignano, Carmagnola, Castagnole P. Te, Casteln. D. Bosco, Cerreto D'Asti, Chieri, Isolabella, La Loggia, Lombriasco, Marentino, Mombello di Torino, Moncalieri, Moncucco Torinese, Montaldo Torinese, Moriondo Torinese, Nichelino, None, Osasio, Pancalieri, Passer. Marmorito, Pavarolo, Pecetto Torinese, Pino D'Asti, Pino Torinese, Piobesi Torinese, Poirino, Pralormo, Riva presso Chieri, Santena, Trofarello, Villastellone, Vinovo.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 8
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>AGNELLI</b>	via Brigata Cagliari 39 10064 PINEROLO Tel. 0121 322792, centralino 0121 2331 Fax. 0121 795049 c/o Direzione Sanitaria	Primario: Dott. Angelo Grillo Responsabile: Dott. Giovanni Portuesi	Territorio di competenza: Airasca, Angrogna, Bibiana, Bobbio Pellice, Bricherasio, Buriasco, Campiglione Fenile, Cantalupa, Cavour, Cercenasco, Cumiana, Fenestrelle, Frossasco, Garzigliana, Inverso Pinasca, Luserna S.Giov., Lusernetta, Macello, Massello, Osasca, Perosa Argentina, Perrero, Pinasca, Pinerolo, Piscina, Pomareto, Porte, Pragelato, Prali, Pramollo, Prarostino, Roletto, Rarà, Roure, S. Germ. Chisone, S. P. Val Lemina, S. Secondo Piner., Salza di Pinerolo, Scalenghe, Sestriere, Torre Pellice, Usseaux, Vigone, Villafranca P.te, Villar Pellice, Villar Perosa, Vire Piemonte.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 10

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero CIVILE CASTELLAMONTE	via Canova 2 10081 CASTELLAMONTE Tel. 0124 5181734, centralino 0124 5181 Fax. 0124 5181601	Primario: Dott. Salvatore Morgana Responsabile: Dott. Alberto Bianco	Territorio di competenza: Agliè, Albiano d'Ivrea, Alice Superiore, Alpette, Andrate, Azeglio, Bairo, Baldissero C.se, Branchette, Barone Canavese, Bollengo, Borgiallo, Borgofr. D'Ivrea, Borgomasino, Bosconero, Brosso, Burolo, Busano, Caluso, Candia Canavese, Canischio, Caravino, Carema, Cascinette d'Ivrea, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiaverano, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Colletterto Cast. Vo, Colletterto Giacosa, Cossano Canavese, Cucelio, Cuorgnè, Favria, Feletto, Fiorano Canavese, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Locana, Lombardore, Loranzè, Lugnacco, Lusingliè, Maglione, Mazzè, Mercenasco, Meugliano, Montalenghe, Montalto Dora, Noasca, Nomaglio, Oglianico, Orio Canavese, Ozegna, Palazzo Canavese, Parella, Pavone Canavese, Pecco, Perosa Canavese, Pertusia, Piverone, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Ribordone, Rivara, Rivarolo Canavese, Rivarossa, Romano Canavese, Ronco Canavese, Rueglio, S. Colombano Belm., Salassa, Salerano Canavese, Samone, San Giorgio C.se, San Giusto C.se, San Martino C.se, San Ponso, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Sparone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Torre Canavese, Trausella, Traversella, Valperga, Valprato Soana, Vestignè, Vialfrè, Vico Canavese, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 14
SPDC c/o ASO MAGGIORE DELLA CARITA'	C.so Mazzini 18 28100 NOVARA Tel. medici 0321 373268 - infermieri 0321 373440 - cucina 0321 373202, centralino 0321 3731 Fax. 0321 3733603	rimario e Responsabile: Prof. Eugenio Borgna	Territorio di competenza: Biandrate, Borgolavezzaro, Briona, Caltignaga, Cameri, Carpignano Sesia, Casalbeltrame, Casaleggio Novara, Casalino, Casalvolone, Castellazzo N.se, Cerano, Fara Novarese, Galliate, Garbagna Novarese, Granoz. Monticello, Landiona, Nibbiola, Novara, Recetto, Romentino, San Nazzaro Sesia, San Pietro Mosezzo, Sillavengo, Sozzago, Terdobbiate, Tornaco, Treocate, Vespolate, Vicolungo.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 12

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>SS.TRINITÀ</b>	V.le Zoppis 10 28021 BORGOMANERO Tel. 0322 8481 (centralino ospedale) Tel. 0322 848261 (reparto) Fax. 0322 848223 e-mail: spdc.bor@asl13.novara.it	Unità Modulare Borgomanero Direttore Struttura Complessa: Dr. Michele Vanetti Responsabile S.P.D.C.: Dott.ssa Piera Mainini	Territorio di competenza: Agrate Conturbia, Arona, Barengo, Bellinzago N.se, Boca, Bogogno, Bolzano N.se, Borgo Ticino, Borgomanero, Briga N.se, Castel. S. Ticino, Cavaglietto, Cavaglio d'Agogna, Cavallirio, Comignago, Colazza, Cressa, Cureggio, Divignano, Dormeletto, Fontaneto d'Agogna, Gargallo, Gattico, Gozzano, Inorio, Lesa, Maggiore Marano Ticino, Massimo Visconti, Meina, Mezzomerico, Momo, Nebbiuno, Oleggio, Oleggio Castello, Paruzzaro, Pisano, Pogno, Pombia, Soriso, Suno, Vaprio D'Agona, Varallo Pombia, Veruno.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15  Al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è aggregato un Day Hospital (DH) N. 2 posti letto.
SPDC c/o Presidio Ospedaliero - <b>STABILIMENTO OSPEDALIERO VERBANIA</b>	via Crocetta 1 28048 VERBANIA Tel. medici 0323 541281 - infermieri 0323 541282 centralino 0323 5411 Fax. 0323 541288	Primario: Dott. Andrea Casadidio Responsabile: Dott. Andrea Casadidio	Territorio di competenza: Ameno, Antrona Schieranco, Anzola D'Ossola, Arignano, Armeno, Arola, Aurano, Baceno, Bannio Anzino, Baveno, Bee, Belgirate, beura Cardezza, Bognanco, Brovello Carp. no, Calasca Cast.one, Cambiasca, Cannero Riviera, Cannobio, Caprezzo, Casale Corte Cerro, Cavaglio Spocchia, Ceppo Morelli, Cesara, Colazza, Cossogno, Craveggia, Crevoladossola, Crodo, Cursolo Orasso, Domodossola, Druogno, Falmenta, Formazza, Germagno, Ghiffa, Gignese, Gravellona Toce, Gurro, Intragna, Loreglia, Macugnaga, Madonna del Sasso, Malesco, Maserà, Massiola, Mergozzo, Miasino, Miazzina, Montecrescense, Montescheno, Nonio, Oggebbio, Omegna, Ornavasso, Orta San Giulio, Pallanzeno, Pella, Pettenasco, Piedimulera, Pieve Vergonte, Premeno, Premia, Premossello Chiov., Quarna Sopra, Quarna Sotto, Re, S. Ber. Verbano, S. Maur. D'Opaglio, S. Maria Maggiore, Seppiana, Stresa, Toceno, Trarego Viggiona, Trasquera, Trontano, Valstrona, Vanzone C. S. C., Varzo, Verbania, Viganella, Vignone, Villadossola, Villette, Vogogna.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 14
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>VILLA SANTA CROCE</b>	P.zza d'Armi 10 12100 CUNEO Tel. 0171 441818, centralino 0171 4411 Fax. 0171 441820	Primario: Dott. Alberto Sibilla Responsabile: Dott.ssa Maria Luisa Cavallo	Territorio di competenza: Acceglio, Aisone, Argentera, Beinette, Bernezzo, Borgo San Dalmazzo, Boves, Busca, Canosio, Caraglio, Cartignano, Castelletto Stura, Castelmagno, Celle di Macra, Centallo, Cervasca, Chiusa di Pesio, Cuneo, Demonte, Dronero, Elva, Entracque, Gaiola, Limone Piemonte, Macra, Margarita, Marmora, Moiola, Montanera, Montemale di Cuneo, Monerosso Grana, Morozzo, Peveragno, Pietraporzio, Predleves, Prazzo, Rittana, Roaschia, Robilante, Roccabruna, Roccasparvera, Roccavione, Sambuco, San Damiano Macra, Stroppa, Tarantasca, Valdieri, Valgrana, Valloriate, Vernante, Vignolo, Villar S. Costanzo, Vinadio.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>CIVILE MONDOVI'</b>	via Ospedale 1 12084 MONDOVI' Tel. 0174 550421 - medici 0174 550420, centralino 0174 550111 Fax. 0174 550501 c/o Direzione Sanitaria	Primario: Dott. Mario Donato Responsabile: Dott. Massimo Cervella	Territorio di competenza: Alto, Bagnasco, Bastia Mondovì, Battifolo, Belvedere Langhe, Bonvicino, Briaglia, Briga Alta, Camerana, Capruana, Carrù, Castellino Tanaro, Casteln. Di Ceva, Ceva, Cigliè, Clavesana, Dogliani, Farigliano, Frabosa Soprana, Frabosa Sottana, Garessio, Gottasecca, Igliano, Lequio Tanaro, Leseugno, Lisio, Magliano Alpi, Marsaglia, Mombarcaro, Mombasiglio, Monastero di Vasco, Monast. Casotto, Mondovì, Monesiglio, Montaldo di Mond., Montezemolo, Murazzano, Niella Tanaro, Nucetto, Ormea, Pamparato, Paroldo, Perlo, Pianfei, Piozzo, Priero, Priola, Prunetto, Roascio, Roburent, Rocca Cigliè, Rocca de Baldi, Roccaforte Mond., Sale delle Langhe, Sale San Giovanni, Saliceto, S. Michiele Mond., Scagnello, Torre Mondovì, Torresina, Vicoforte, Villanova Mondovì, Viola.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 12
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>SS. ANNUNZIATA</b>	via degli Ospedali 11 12038 SAVIGLIANO Tel. 0172 719392 - diretto Dott. Gazzera 0172 719390 centralino 0172 719111 Fax. 0172 719124 c/o Direzione Sanitaria	Primario: Dott. Giuseppe Gazzera Responsabile: Dott. Aldo Crosetti	Territorio di competenza: Bagnolo Piemonte, Barge, Bellino, Bene Vagienna, Brondello, Brossasco, Caramagna Piemonte, Cardè, Casalgrasso, Casteldelfino, Castellar, Cavallerleone, Cavallermaggiore, Cervere, Costigliole Saluzzo, Crissolo, Envie, Faule, Fossano, Frassino, Gambasca, Genola, Isasca, Lagnasco, Manta, Marene, Martiniana Po, Melle, Monasterolo di S., Moretta, Murello, Oncino, Ostana, Paesana, Pagno, Piasco, Polonghera, Pontechianale, Racconigi, Revello, Riafreddo, Rossana, Ruffia, Salmour, Saluzzo, Sampeyre, Sanfront, Sant 'Albano Stura, Savigliano, Scarnafigi, Torre San Giorgio, Trinità, Valmala, Venasca, Verzuolo, Villafalletto, Villanova Solaro, Vottignasco.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero CIVICO SAN LAZZARO	via Belli 26 12051 ALBA Tel. 0173 316378 - 0173 316379, centralino 0173 316111 Fax. 0173 316252	Primario: Dott.ssa Cecilia Dal Cielo Responsabile: Dott.ssa Cecilia Dal Cielo	Alba, Albaretto D. Torre, Arguello, Baldissero D'Alba, Barbaresco, Barolo, Benevello, Bergolo, Borgomale, Bosia, Bossolasco, Bra, Camo, Canale, Castagnito, Castelletto Uzzone, Castellinaldo, Castig. Falletto, Castig. Tinella, Castino, Ceresole D'Alba, Cerretto Langhe, Cherasco, Cissone, Corneliano D'Alba, Cortemilia Cossano Belbo, Cravanzana, Diano D'Alba, Feisoglio, Gorzeglio, Govone, Grinzane Cavour, Guarene, La Morra, Lequio Berria, Levice, Magliano Alfieri, Mango, Monchiero, Monforte D'Alba, Montà, Montaldo Roero, Montelupo Albese, Monte Roero, Monticello D'Alba, Narzole, Neive, Neviglie, Niella Belbo, Novello, Perzoletto, Pezzolo V. Uzzone, Piobesi D'Alba, Pocapaglia, Priocca, Rocchetta Belbo, Roddi, Riddino, Rodello, S. Benedetto Belbo, S. Giorgio Scarampi, Sanfrè, S. Vittoria D'Alba, Santo Stefano Belbo, Santo Stefano Roero, Serralunga D'Alba, Serravalle Langhe, Sinio, Sommar. Del Bosco, Sommariva Perno, Torre Bormida, Treiso, Trezzo Tinella, Verduno, Vezza D'Alba.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 12
SPDC c/o Presidio Ospedaliero ASTI	via Botallo 4 14100 ASTI Tel. 0141 392499, centralino 0141 3921 Fax. 0141 392259	Primario: Dott. Ernesto Viarengo Responsabile: Dott. Riccardo Oliva	Agliano, Antignano, Aramengo, Asti, Azzano D'Asti, Baldighieri D'Asti, Belveglio, Bruno, Bubbio, Calamandrana, Calliano, Calosso, Camerano Casasco, Canelli, Cantarana, Capriglio, Casorzo, Cassinasco, Castign. D. Lanze, Castagnole M.To, Castel Boglione, Castel Rocchero, Castell'alfero, Castellero, Castelletto Molina, Castello Di Annone, Castelnuovo Belbo, Castelnuovo Calcea, Cellarengo, Celle Enomondo, Cerro Tanaro, Cessole, Chiusano D'Asti, Cinaglio, Cisterna D'Asti, Coazzolo, Cocconato, Colcavagno, Corsione, Cortandone, Cortanze, Cortazzone, Cortiglione, Cossombrato, Costigliole D'Asti, Cunico, Dusino San Michiele, Ferrere, Fontanile, Frinco, Grana, Grazzano Badoglio, Incisa Scapaccino, Isola D'Asti, Loazzolo, Mareto, Moasca, Mombaruzzo, Mombercelli, Monale, Monastero Bormida, Mongardino, Montabone, Montafia, Montaldo Scarampi, Montechiaro D'Asti, Montegrosso D'asti, Montemagno, Montiglio, Moransengo, Nizza Monferrato, Olmo Gentile, Penango, Piea, Piovà Massaia, Portacomaro, Quaranti, Refrancore, Revigliano D'Asti, Roatto, Robella, Rozza D'Arazzo, Roccaverano, Rocchetta Palafea, Rocchetta Tanaro, San Damiano D'Asti, San Martino Alfieri, San Marzano Oliveto, San Paolo Solbrito, Scandeluzza, Scurzolengo, Serole, Sessame, Settime, Soglio, tigliole, Tonco, Tonengo, Vaglio Serra, Valfenera, Vesime, Viale D'Asti, Viarangi, Vigliano D'Asti, Villa San Secondo, Villafranca D'Asti, Villanova D'Asti, Vinchio.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Osp. CIVILE SS. ANTONIO E BIAGIO	via Venezia 18 15100 ALESSANDRIA Tel. diretto Dott Muti 0131 206373 - infermieri 0131 206616 medici 0131 206410, centralino 0131 2061 Fax. 0131 206836 c/o Direzione Sanitaria	Primario: Dott. Mario Muti Responsabile: Dott. Ennio Piantato	Alessandria, Alluvioni Cambiò, Alzano Scrivia, Avolasca, Bergamasco, Berzano di Tortona, Borghetto A. Drino, Bosco Marengo, Brignano Frascata, Carbonara Scrivia, Carentino, Carezzano, Casal Cermelli, Casalnoceto, Casasco, Castellania, Cast. Guidobono, Castellazzo B.da, Castelletto M.to, Casteln. Scrivia, Castelspina, Cerretto Grue, Costa Vescovado, Cuccaro Monferrato, Dernice, Fabbrica Curone, Felizzano, Frascaro, Fugarolo, Fubine, Gamalero, Garbagna, Gremiasco, Guazzora, Isola Sant'Antonio, Lu, Masio, Molino dei Torti, Momperone, Monleale, Montacuto, Montecastello, Montegioco, Montemarzino, Oviglio, Paderna, Pietra Marazzi, Piovera, Pontecurone, Pozzol Groppo, Predosa, Quargnento, Quattordio, Rivarone, Sale, San Sebastiano Curone, Sant'Agata Fossili, Sarezzano, Sezzadio, Solero, Spineto Scrivia, Tortona, Viguzzolo, Villarvernia, Villaromagnano, Volpedo, Volpeglino.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 15
SPDC c/o Presidio Ospedaliero SANTO SPIRITO	V.le Giolitti 2 15033 CASALE MONFERRATO Tel. 0142 434340 - 452 - 453, centralino 0142 434111 Fax. 0142 434202	Primario: Dott. Enrico Cogo Responsabile: Dott. Giovanni Gadeschi	Alfiano Natta, Altavilla M.to, Balzola, Bassignana, Borgo San Martino, Bozzole, Camagna Monferrato, Camino, Casale Monferrato, Castelletto Merli, Cella Monte, Cereseto, Cerrina Monferrato, Coniolo, Conzano, Frassinello M.to, Frassinetto Po, Gabiano, Giarole, Mirabello M.to, Mombello M.to, Moncalvo, Moncestino, Morano sul Po, Mursinengo, Occimano, Odalengo Grande, Odalengo Piccolo, Olivola, Ottiglio, Ozzano Monferrato, Palazzolo V.Se, Pecetto di Valenza, Pomaro Monferrato, Pontestura, Ponzano Monferrato, Rosignano M.to, Sala Monferrato, San Giorgio Monferrato, San Salvatore Monferrato, Serralunga di Crea, Solonghello, Terriggia, Ticineto, Treville, Trino, Valenza, Valmacca, Vignale Monferrato, Villadeati, Villamiroglio, Villanova Monferrato.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 9

SPDC	INDIRIZZO	DIREZIONE E MEDICI	TERRITORIO DI COMPETENZA	POSTI LETTO
SPDC c/o Presidio Ospedaliero <b>SAN GIACOMO</b>	via Emilio Raggio 12 15067 NOVI LIGURE Tel. 0143 332488 - medici 0143 332482, centralino 0143 332111 Fax. 0143 332481	Primario: Dott.ssa Ornella Grillo Responsabile: Dott.ssa Ornella Grillo	Acqui Terme, Albera Ligure, Alice Bel Colle, Arquata Scrivia, Basaluzzo, Belforte Monferrato, Bistagno, Borghetto Borbera, Bosio, Cabella Ligure, Cantalupo Ligure, Capriata D'Orba, Carpeneto, Carrega Ligure, Carrosio, Cartosio, Casaleggio Bosio, Cassano Spinola, Cassine, Cassinelle, Castelletto D'Erbo, Castelletto D'Orba, Castelnuovo B.da, Cavatore, Cremolino, Denice, Fraconaldo, Francavilla Bisio, Fresonara, Gavazzana, Gavi, Grogcardo, Grondona, Lerma, Malvicino, Maranzana, Melazzo, Merana, Molare, Mombaldone, Mongiardino Ligure, Montaldeo, Montaldo Bormida, Montechiaro D'Ac., Morbello, Mornese, Morsasco, Novi Ligure, Orsara Bormida, Ovada, Pareto, Parodi Ligure, Patrusana, Ponti, Ponzone, Pozzolo Formigaro, Prasco, Ricaldone, Rivalta Bormida, Rocca Grimalda, Rivalta Bormida, Rocca Grimalda, Roccaforte Ligure, Rocchetta Ligure, San Cristoforo, Sardigliano, Serravalle Scrivia, Silvano D'Orba, Spigno Monferrato, Stazzano, Strevi, Tagliolo M.to, Tassarolo, Terzo, Trisobbio, Vignole Borbera, Visone, Voltaggio.	Posti letto del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) N. 11

## **Appendice 3.1. - Traccia di intervista in profondità utilizzata per i testimoni esperti**



# Definizione contenzione ed effetti contenzione meccanica

- Possiamo iniziare dalla storia del Club no restraint. Come nasce e quali sono stati gli eventi sociali che ne hanno determinato l'esistenza, come è organizzata?
- Quale è la filosofia di base del Club no restraint?
- Qual è il modello terapeutico che accomuna gli SPDC che fanno parte della vostra Associazione? Come è organizzato generalmente un SPDC no restraint? Attraverso quali strategie negli Spdc no restraint si fa fronte a quelle situazioni di emergenza che normalmente sono gestite tramite contenzione?

**1) Se dovesse spiegare a una persona cosa sia la contenzione meccanica come lo farebbe? La parola "Contenzione" cosa le fa venire in mente? [Mappa cognitiva su foglio da utilizzare per l'intera durata dell'intervista e da ritirare alla fine]**

## Opinione sulla contenzione meccanica e sulla sua compatibilità etico-giuridica

**2) Esprima liberamente qual è la sua posizione nei confronti delle pratiche di contenzione e in particolare modo della contenzione meccanica negli SPDC.**

- Esistono condizioni di natura etica, deontologica, giuridica, che rendono il ricorso alla contenzione dei pazienti psichiatrici legittimo o addirittura desiderabile? (principio di beneficenza, stato di necessità...). Esistono invece principi che lo rendono illegittimo o comunque difforme dai dettami normativi vigenti? Qual è il loro peso rispetto ai primi?/Rispetto a quali elementi della legislazione vigente e a quali condizioni è possibile sostenere che le misure contenitive e in particolare la contenzione meccanica siano conformi ai dettami normativi generali e a quelli vigenti in materia di salute mentale? E da quali altri punti di vista e rispetto a quali condizioni il ricorso alla contenzione meccanica o di altro tipo può essere considerato difforme dai dettami normativi vigenti?
- Secondo lei, è possibile sostenere che la contenzione sia un retaggio del passato di concezioni custodiali e di difesa sociale oppure ci sono casi in cui secondo lei la contenzione meccanica può configurarsi come un atto di natura terapeutica?
- Sarebbe favorevole all'abolizione legale della contenzione meccanica in Italia?
- Questa sua posizione converge con quella interna all'associazione/ente/corporazione professionale alla quale appartiene? (se no Perché e rispetto a quali aspetti non c'è convergenza?)
- E secondo lei quanto converge con la rappresentazione della contenzione detenuta dalle varie élite di potere istituzionale/culturale e dalle componenti sociali? (se no Perché e rispetto a quali aspetti non c'è convergenza?)

**3) Perché l'abolizione delle pratiche di contenzione meccanica, che avrebbe potuto costituire una prosecuzione naturale della riforma Basaglia, a suo avviso, non si è realizzata?**

- Qual è stato il ruolo della cultura antipsichiatrica nei dibattiti pubblici che sono cresciuti attorno all'uso delle pratiche di contenzione? Secondo lei questa cultura ha ritardato o favorito la sensibilizzazione ai vari livelli verso gli effetti della contenzione?
- Quali fattori ne ostacolano una maggiore regolamentazione e una sua eventuale abolizione? Come si spiega che, nonostante siano state argomentate diverse incompatibilità di carattere etico-normativo, la contenzione meccanica e gli altri tipi di misure coercitive riservate a soggetti con diagnosi psichiatriche continuano ad essere utilizzate? Quali le ambiguità normative che ne consentono l'utilizzo?
- L'impressione che si rileva da questa prima ricognizione è quella di uno sfarinamento e scivolamento verso il basso (linee guida a livello di regioni, ASL, singole strutture) delle misure di regolamentazione e controllo delle contenzioni. È corretta questa impressione? Come mai questo avviene/cosa ne ostacola una regolamentazione a livello nazionale o comunque ad un livello più vincolante?

## **SALUTE MENTALE E FUNZIONAMENTO SERVIZI INTERNI AL DSM**

**4) Al di là delle definizioni specialistica, qual è la sua personale concezione di malattia mentale, anche in rapporto ad altri stati di malattia dell'individuo?**

- Secondo lei questa definizione è condivisa dalle varie componenti sociali (comunità medica/psichiatrica, dirigenti DSM/SPDC, pubblica opinione, istituzioni regionali/nazionali preposte alla sanità, associazionismo,...)

**5) Fino a che punto dovrebbe essere garantita l'autodeterminazione del paziente psichiatrico nella scelta dei trattamenti cui sottoporsi? Più in generale, quale potrebbe essere e quale è comunemente il ruolo assolto da [campo di appartenenza: psichiatria, giurisprudenza, terzo settore,...] rispetto al campo della tutela dei diritti connessi alla malattia mentale?**

## **Fattori di rischio e no restraint**

**6) Quali sono gli elementi dei servizi interni ai DSM che in Italia non funzionano secondo gli standard che lei ritiene imprescindibili per tutelare la salute mentale?**

- Esiste un legame tra il fallimento dei servizi interni al DSM o comunque dei servizi territoriali deputati al supporto psicologico e alle cure psichiatriche e il ricorso nei SPDC alle pratiche di contenzione per i pazienti acuti? Come si colloca rispetto all'opinione di chi sostiene che gli Spdc siano diventati l'approdo ultimo di pazienti che non hanno trovato risposte adeguate e tempestive nei servizi non ospedalieri e che per questo si trovano in uno stato di malessere, tale da dover essere gestito coercitivamente?

**7) Quali sono, nella sua esperienza o nella sua opinione, gli effetti a breve e lungo termine di natura psico-fisica, relazionale che la messa in atto di pratiche di contenzione meccanica ha sul paziente, sulla sua famiglia. E quali possono essere gli effetti sul personale assistenziale?**

- Secondo lei gli effetti negativi della contenzione meccanica documentati in letteratura e nella cronaca, compresi i casi di decesso, sono addebitabili interamente al tipo di trattamento in sé o alla negligenza nelle sue modalità di utilizzo?

**8) A suo avviso c'è un legame tra TSO e ricorso ai diversi tipi di contenzione?**

- È possibile sostenere che il TSO costituisca formale autorizzazione di sottoporre il paziente a pratiche coercitive come quelle di contenzione?
- [solo avvocato, dirigente ministeriale o esperti in materia] Nella sua esperienza, chi denuncia abusi in TSO, normalmente denuncia anche di avere subito pratiche di contenzione?

**9) Qual è il legame esistente tra la contenzione meccanica e gli altri tipi di contenzione (farmacologica e fisica)?**

**10) Da cosa è reso possibile a suo avviso che esistano almeno 21 Spdc no restraint in Italia, che rifiutano di ricorrere alla contenzione? Secondo lei, nei Spdc no restraint vi sono delle condizioni particolari, non presenti in altri reparti, che consentono di non ricorrere alla contenzione? Quali sono, a suo parere, le condizioni che rendono possibile la messa in atto in questi SPDC di tale approccio alternativo alla contenzione o che comunque potrebbero effettivamente e sistematicamente limitare l'uso della contenzione a casi estremi?**

- Si tratta forse di strutture che funzionano meglio, che hanno una morfologia particolare o che semplicemente hanno una leadership di tipo diverso?

Tipo di leadership e atteggiamenti dei dirigenti  
Ambiente fisico  
Modello organizzativo

Cultura di reparto, dinamiche relazionali

Risorse umane (turn over, stabilità del personale infermieristico, prevenzione burnout, corporativismo degli infermieri, ...)

Tipo di bacino di utenza (numerosità, territorio e composizione interna in base a estrazione socio-culturale, genere, età, nazionalità, ...).

Esistenza linee guida

**11) Quali sono, secondo lei, le ragioni per le quali gli altri SPDC non aderiscono al modello no restraint?**

- Gli altri Spdc in cui la contenzione è praticata Vi contattano per avere notizie sulle strategie da voi utilizzate o si è istituita una barriera comunicativa?
- Come reagiscono gli psichiatri che sono a favore della contenzione quando ascoltano i vostri interventi a favore del no restraint in convegni o in altre occasioni di confronto?

**12) La frequenza di ricorso alla contenzione meccanica nei vari Spdc italiani è altamente variabile. Quali fattori secondo lei sono maggiormente connessi con un uso frequente della contenzione meccanica nei SPDC?/Al di là di quanto prescritto dalla legge e dalle diverse linee guida, in base alla sua conoscenza e alla sua esperienza, quali situazioni, legate alla condizione dei degenti acuti e alla gestione dei reparti negli SPDC, spingono al ricorso alla contenzione meccanica?**

- Sulla base della sua esperienza ci sono categorie di pazienti (ad es. uomini rispetto alle donne o migranti rispetto ad italiani) più esposti ai trattamenti di contenzione?
- In base alla sua esperienza e alle sue conoscenze i fattori ambientali, relativi alla qualità degli spazi fisici giocano un ruolo rilevante?
- In base alla sua esperienza i fattori strutturali, relativi alle risorse umane e organizzative, svolgono un ruolo significativo?
- In base alla sua esperienza qual è il ruolo della cultura organizzativa, come anche delle dinamiche relazionali interne al reparto (sia tra i diversi membri dello staff sia tra personale e degenti)?
- Qual è il ruolo del punto di vista della leadership rispetto alla contenzione nel determinare le sue modalità di uso o il ricorso a strategie alternative?
- Qual è il ruolo che le linee guida interne al reparto per la gestione della contenzione possono avere rispetto alla riduzione della frequenza di ricorso e dei rischi correlati?

***REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)***

**13) Come dovrebbe essere la catena di decisione, gestione e controllo relativa alle pratiche di contenzione e come invece effettivamente si realizza?**

- Al di là di quanto prescritto, quali situazioni, legate alla condizione dei degenti acuti, spingono al ricorso alla contenzione meccanica nei reparti degli SPDC?
- Nei casi di abuso della contenzione meccanica, a quali figure e a quali elementi è a suo avviso più comunemente attribuibile la responsabilità dei danni arrecati?
- I controlli medici prescritti, come anche le altre misure di prevenzione dei rischi associati, sono sempre applicati?
- Secondo lei, sono sempre affidabili le informazioni riportate in cartella clinica in ordine alle pratiche di contenzione operate e, laddove contemplati, nei registri appositi? Quali forme di monitoraggio e controllo dovrebbero essere istituite?

**14) Quali potrebbero essere, secondo lei, efficaci sistemi alternativi alla contenzione?**

**15) Secondo lei cosa dovrebbe avvenire affinché il ricorso alla contenzione meccanica venga eliminato del tutto o ristretto effettivamente a casi del tutto eccezionali?**

- Quali eventi nel nostro paese potrebbero determinare un cambiamento dello scenario giuridico-culturale ed un effettivo diniego del ricorso alla contenzione o comunque ad una regolamentazione maggiore?
- Se si dovesse ideare una concertazione tra vari attori sociali nel determinare l'abolizione o una regolamentazione molto restrittiva della contenzione, quali componenti sociali sarebbero più strategiche e in cosa potrebbe consistere questa azione?

- Quale potrebbe essere il ruolo del Terzo settore e degli Spdc del Club no restraint, che rifiutano il ricorso alla contenzione, rispetto al conseguimento di questo obiettivo? Quali campagne di azione e sensibilizzazione rispetto ai casi di abuso della contenzione i membri del Club no restraint hanno attuato nel tempo? E quali intendono attuare in futuro?
- Quali esperienze del Terzo settore le sembrano in linea con i vostri obiettivi?
- Quale potrebbe, invece, essere il ruolo degli altri attori sociali (avvocati, psichiatri, dirigenti statali, politici, opinione pubblica,...)?
- Quali sono secondo lei i fattori ostativi rispetto ad una realizzazione di questa azione coordinata e quali invece le possibilità di riuscita nel futuro?
- Come l'opinione pubblica potrebbe essere sensibilizzata?

## **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

### **16) Ha qualche idea di come la contenzione sia gestita a livello internazionale?**

- In base alla sua conoscenza, qual è lo scenario della regolamentazione della contenzione negli altri paesi europei ed extra-europei?
- Come valuta la situazione della regolamentazione italiana in riferimento alle pratiche di contenzione se comparata con la situazione negli altri Paesi?
- Quali tra questi Paesi potrebbero costituire un modello per la regolamentazione della contenzione in Italia? Cosa ostacola nel nostro paese la possibilità di conformarsi agli standard di questi paesi?
- Come si colloca l'Italia rispetto alle direttive europee in materia di contenzione?

### **Tra al 16 e la 17**

- La situazione a livello di ricorso alla contenzione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze?

### **17) In base alla sua esperienza, come descriverebbe la gestione dei pazienti acuti nelle strutture private? Non potendo ricorrere alla contenzione meccanica come secondo lei fanno fronte generalmente alla gestione delle situazioni di emergenza?**

## **Traccia di intervista ad esperto azioni legali**

### **REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)**

#### **Prima di 13.2.**

- Quali danni sono normalmente denunciati nei trattamenti psichiatrici?
- A sua conoscenza in che percentuale le denunce a livello nazionale per trattamenti coercitivi da parte dei pazienti o dei loro familiari sono andate a buon fine?
- A quali condizioni, è possibile sperare che le denunce vadano a buon fine? E quali sono i fattori ostativi che limitano la riuscita di azioni legali contro strutture che abbiano fatto ricorso a pratiche di contenzione, arrecando danni psicologici o fisici ai degenti?
- Quali sono generalmente i motivi di conflitto e le diverse interpretazioni/posizioni delle parti in causa?. Come vengono trattate/risolte normalmente dall'autorità giudiziaria?
- Quali sono gli strumenti di garanzia a disposizione dei pazienti per contrastare eventuali abusi? Quale iter giuridico e riferimenti normativi hanno dimostrato di aver avuto maggiore successo legale nelle pratiche di denuncia per contenzione? Quale attendibilità viene riconosciuta nei vari momenti dell'iter processuale alle dichiarazioni rilasciate dagli ex-degenti psichiatrici in ordine ai trattamenti e agli eventuali abusi subiti nelle strutture ospedaliere o in cliniche private? In base alla sua esperienza, le è sembrato garantito

l'accesso di legali negli Spdc? Quanto sono accessibili (al diretto interessato) e attendibili le informazioni rilasciate in cartella clinica e negli strumenti di registrazione delle pratiche sottoposte ai pazienti (contenzione, iter del TSO, trattamenti,...) ?

### **In coda alla 13**

- Ci racconti un caso da lei seguito andato a buon fine e uno in cui l'azione legale a tutela del paziente non è andata a buon fine, anche laddove lei riteneva che vi fossero elementi a favore.

## **Traccia di intervista Dirigente Spdc ed Esperto di ricerche scientifiche -**

### **Subito dopo la 1**

- Ci racconti qual è la sua esperienza di Dirigente di Spdc e di ricercatore nel campo della contenzione e in particolar modo della contenzione meccanica. Anche al di là del reparto che dirige, ha mai avuto l'impressione che la contenzione in alcuni casi sia usata come strumento punitivo o che vi si faccia ricorso anche laddove sarebbero state opportune misure terapeutiche su base relazionale o comunque alternative rispetto alle misure contenitive? Ci può raccontare più dettagliatamente queste situazioni?
- Quali limiti, indipendenti dalla propria volontà, un Dirigente di Spdc si trova comunemente a dover fronteggiare nella determinazione e gestione dei trattamenti da sottoporre ai degenti e dei servizi di cura? A quali livelli si definisce maggiormente il sistema dei limiti (disposizioni nazionali, regionali, dipartimentali, ...)? Quanto il sistema di vincoli-risorse, disposto a livello centrale, incide rispetto alla gestione delle pratiche di contenzione?
- Nelle modalità relazionali tra medico e paziente nei reparti esiste, nella sua esperienza o la sua opinione, un gap significativo tra il genere di relazione desiderabile tra medico e paziente e la realtà? Quali sono, a grandi linee, i fattori più rilevanti che incidono nel determinare tale gap? E rispetto alle relazioni con il personale infermieristico?

### **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

#### **Tra al 16 e la 17**

- La situazione a livello di ricorso alla contenzione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze?

## **Traccia presidente club no restraint**

### **FATTORI DI RISCHIO E NO RESTRAINT**

#### **Subito dopo la 11**

- Gli altri Spdc in cui la contenzione è praticata Vi contattano per avere notizie sulle strategie da voi utilizzate o si è istituita una barriera comunicativa?
- Come reagiscono gli psichiatri che sono a favore della contenzione quando ascoltano i vostri interventi a favore del no restraint in convegni o in altre occasioni di confronto?

## **REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)**

### **A integrazione della 15.3.**

- Quali campagne di azione e sensibilizzazione rispetto ai casi di abuso della contenzione i membri del Club no restraint hanno attuato nel tempo? E quali intendono attuare in futuro?
- Quali esperienze del Terzo settore le sembrano in linea con i vostri obiettivi?

## **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

### **Tra al 16 e la 17**

- La situazione a livello di ricorso alla contenzione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze?

## **Traccia terzo settore**

### **NARRAZIONE DELLA STORIA/ FILOSOFIA DELL'ASSOCIAZIONE E FORME DI AZIONE**

#### **Ad introduzione dell'intervista**

- Possiamo iniziare dalla storia della vostra associazione. Come nasce e quali sono stati gli eventi sociali che ne hanno determinato l'esistenza, come è organizzata e quali i vostri rapporti con il resto del Terzo settore e con il territorio?
- Qual è la vostra filosofia di fondo? Quale è il ruolo dell'antipsichiatria rispetto al vostro modo di guardare al trattamento dei soggetti ai quali è stata diagnosticata una patologia psichiatrica?
- Quali sono le testimonianze che i soggetti ricoverati in Spdc riportano alla vostra associazione? Come cercate di supportarli?

## **REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)**

### **Subito dopo 15.3.**

- Quali forme di azione e sensibilizzazione pubblica i membri della vostra associazione hanno attuato nel tempo? E quali intendono attuare in futuro?
- Quali altre esperienze del Terzo settore o degli altri comparti della vita pubblica le sembrano in linea con i vostri obiettivi?
- Siete in contatto con gli Spdc del Club no restraint? Avete concertato delle strategie di azione comuni?

### **Dopo 15.5.**

- In base all'esperienza nell'associazione, qual è la risposta dell'opinione pubblica ai tentativi di sensibilizzazione verso i rischi delle misure coercitive adottate dentro e fuori gli SPDC nei confronti dei malati mentali?
- Qual è la situazione delle famiglie degli utenti psichiatrici in rapporto ai servizi offerti sul territorio? Cos'è che fa sì che alcune famiglie denunciino gli abusi subiti nei trattamenti psichiatrici ed altre no? Qual è l'accessibilità dei pazienti o delle proprie famiglie di una documentazione accurata dei trattamenti e delle procedure adottate all'interno degli SPDC? Qual è l'accessibilità dei membri del Terzo settore ai reparti a tutela dei degenti?

## **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

Tra la 16 e la 17

- In cosa si distingue la situazione in Piemonte con riferimento al ricorso a trattamenti coercitivi rispetto alle altre regioni? Come descriverebbe il quadro della regione Piemonte? C'è qualche Commissione, che lei sappia, che si è occupata di stilare delle linee guida?

## **Ex Dirigente Spdc in Piemonte**

Subito dopo la 1

- Ci racconti la sua esperienza in relazione all'uso delle misure di contenzione nel trattamento di pazienti psichiatrici nel modo più dettagliato possibile. Ha mai avuto l'impressione che queste misure fossero usate come strumento punitivo o comunque in situazioni che avrebbero richiesto altri tipi di trattamento? Ci può narrare qualcuna di queste circostanze?
- Quali limiti, indipendenti dalla propria volontà, un Dirigente di Spdc si trova comunemente a dover fronteggiare nella determinazione e gestione dei trattamenti da sottoporre ai degenti e dei servizi di cura? A quali livelli si definisce maggiormente il sistema dei limiti (disposizioni nazionali, regionali, dipartimentali, ...)? Quanto il sistema di vincoli-risorse, disposto a livello centrale, incide rispetto alla gestione delle pratiche di contenzione?
- Nelle modalità relazionali tra medico e paziente nei reparti esiste, nella sua esperienza o la sua opinione, un gap significativo tra il genere di relazione desiderabile tra medico e paziente e la realtà? Quali sono, a grandi linee, i fattori più rilevanti che incidono nel determinare tale gap? E rispetto alle relazioni con il personale infermieristico?

## **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

Tra la 16 e la 17

- La situazione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, a livello di ricorso alla contenzione è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze?
- Come descriverebbe il quadro della regione Piemonte, se rapportato a quello delle altre regioni italiane?

## **Consulente Regionale del Piemonte**

### **SALUTE MENTALE E FUNZIONAMENTO SERVIZI INTERNI AL DSM**

Subito dopo la 3.

### **REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)**

Dopo la 13.3.

- Quali sono le misure che a livello nazionale e regionale sono state prese nel corso degli anni per regolamentare l'uso della contenzione

negli SPDC? Si sta programmando di fare qualcosa di più? (se no) Perché no? Esiste una Commissione che sta lavorando per delle linee guida regionali o questa possibilità è lasciata alla libera iniziativa dei reparti?

- Più specificatamente, quali azioni la Regione ha assunto in termini di monitoraggio e regolamentazione della contenzione meccanica? Quali sistemi di monitoraggio e controllo sull'uso della contenzione sono stati istituiti e quali sono in fase di elaborazione o programmazione? Come mai non esiste ancora una banca dati centralizzata a livello regionale e nazionale dei casi di ricorso alle diverse pratiche di contenzione e ai TSO che consenta di farne un monitoraggio esterno alle singole strutture? Quali i programmi in ordine a tale tipo di monitoraggio? E rispetto al controllo e miglioramento dell'affidabilità delle registrazioni, anche in cartella clinica, degli episodi di contenzione cosa si potrebbe fare?
- Quale è la posizione assunta dal suo Ente [...] rispetto ai casi di decesso e ai casi di denuncia da parte di degenti psichiatrici esposti a queste pratiche? Quali sono gli strumenti di garanzia a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie per denunciare e contrastare eventuali abusi?
- A sua conoscenza in che percentuale le denunce a livello regionale per trattamenti coercitivi da parte dei pazienti psichiatrici o dei loro familiari sono andate a buon fine?
- Quali sono generalmente i motivi di conflitto e le diverse interpretazioni/posizioni delle parti in causa?. Come vengono trattate/risolte normalmente dall'autorità giudiziaria?

## **COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO**

### **Tra la 16 e la 17**

- Come descriverebbe la situazione degli Spdc piemontesi e più in generale dei DSM in rapporto al resto del paese?
- La situazione a livello di ricorso alla contenzione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze? Come descriverebbe il quadro della regione Piemonte, se rapportato a quello delle altre regioni italiane?

## **Dirigente Ministeriale**

### **SALUTE MENTALE E FUNZIONAMENTO SERVIZI INTERNI AL DSM**

#### **Subito dopo la 5.**

- Come descriverebbe la situazione degli Spdc in Italia e più in generale dei DSM? E come descriverebbe la situazione rispetto al ricorso delle misure di contenzione (meccanica, fisica e farmacologica) negli SPDC e nelle strutture private?

### **REGOLAMENTAZIONE DELLA CONTENZIONE MECCANICA E STRUMENTI DI GARANZIA (PIANO REALE E SCENARI FUTURI/IDEALI)**

#### **Dopo la 13.3.**

- Quali sono le misure che a livello ministeriale sono state prese nel corso degli anni per regolamentare l'uso della contenzione a livello nazionale? Si sta programmando di fare qualcosa di più? (se no) Perché no?
- Più specificatamente, quali sistemi di monitoraggio e controllo sull'uso della contenzione sono stati istituiti e quali sono in fase di elaborazione o programmazione? Come mai non esiste ancora una banca dati centralizzata a livello regionale e nazionale dei casi di ricorso alle diverse pratiche di contenzione e ai TSO che consenta di farne un monitoraggio esterno alle singole strutture? Quali i programmi ministeriali in ordine a tale tipo di monitoraggio? E rispetto al controllo dell'affidabilità delle registrazioni, anche in cartella



clinica, cosa si potrebbe fare?

- Qual è la posizione assunta a livello ministeriale rispetto ai casi di decesso e ai casi di denuncia da parte di degenti psichiatrici esposti a queste pratiche? Quali sono gli strumenti di garanzia a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie per denunciare e contrastare eventuali abusi?
- A sua conoscenza in che percentuale le denunce a livello nazionale per trattamenti coercitivi da parte dei pazienti o dei loro familiari sono andate a buon fine?
- Quali sono generalmente i motivi di conflitto e le diverse interpretazioni/posizioni delle parti in causa?. Come vengono trattate/risolte normalmente dall'autorità giudiziaria?

## ***COMPARAZIONE TERRITORIALE E PUBBLICO VS. PRIVATO***

### **Tra la 16 e la 17**

- La situazione a livello di ricorso alla contenzione nelle varie regioni italiane, che lei sappia, è la stessa o ce ne sono alcune che deviano dalla media in positivo o in negativo? Perché di queste discrepanze?

## **Appendice 3.2. - Pronunciamento sulla contenzione meccanica del Comitato nazionale di Bioetica**

# La contenzione: problemi bioetici

23 aprile 2015

## Presentazione

Il parere “La contenzione: problemi bioetici” affronta il tema della contenzione nei confronti dei pazienti psichiatrici e degli anziani, con particolare riguardo alle forme di contenzione meccanica, che più sollevano riserve dal punto di vista etico e giuridico. Numerose prese di posizione di organismi internazionali e dello stesso CNB in precedenti pareri – si vedano i pareri Psichiatria e salute mentale (2000), Bioetica e diritti degli anziani (2006), Le demenze e la malattia di Alzheimer (2014)- hanno già indicato con chiarezza l’obiettivo della riduzione fino al superamento della contenzione, che è da considerarsi un residuo della cultura manicomiale. Ciononostante, la pratica di legare i pazienti e le pazienti contro la loro volontà risulta essere tuttora applicata, in forma non eccezionale, senza che vi sia un’attenzione adeguata alla gravità del problema, né da parte dell’opinione pubblica né delle istituzioni. Nonostante la scarsità degli studi in merito, indicazioni emergono dalla ricerca disponibile circa le variabili che più incidono sul ricorso alla contenzione: la cultura, l’organizzazione dei servizi, l’atteggiamento degli operatori rivestono un ruolo decisivo, più della gravità dei pazienti e del loro profilo psicopatologico. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone: l’esistenza di servizi che hanno scelto di non applicare la contenzione e il successo di programmi tesi a monitorare e ridurre questa pratica confermano questa indicazione. Per queste ragioni, il CNB ribadisce l’orizzonte bioetico del superamento della contenzione, nell’ambito di un nuovo paradigma della cura fondato sul riconoscimento della persona come tale, nella pienezza dei suoi diritti (prima ancora che come malato e malata). Il rispetto dell’autonomia e della dignità della persona è anche il presupposto per un intervento terapeutico efficace. Di contro, l’uso della forza e la contenzione rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione non toglie forza alla regola della non- contenzione e non modifica i fondamenti del discorso etico. Sul piano giuridico, poiché vengono in rilievo i diritti fondamentali della persona, si sottolineano i limiti rigorosi della giustificazione per la contenzione. Il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l’*extrema ratio* e si deve ritenere che – anche nell’ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe condotte penalmente rilevanti. Il Parere intende mettere in luce che il superamento della contenzione è un tassello fondamentale nell’avanzamento di una cultura della cura - nei servizi psichiatrici e nell’assistenza agli anziani - in linea con i criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo sociosanitario. Nelle conclusioni, il CNB raccomanda fra l’altro di *incrementare la ricerca* e di *avviare un attento monitoraggio*, a livello regionale ma anche nazionale, a cominciare dalle prassi quotidiane nei reparti, dove vanno annotati col dovuto rigore i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura; *di predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione*; *di introdurre nella valutazione dei servizi standard di qualità* che favoriscano i servizi e le strutture *no-restraint*; *di mantenere e possibilmente incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili*, quali gli anziani e le anziane, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti. Il Parere è stato elaborato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa e dal Prof. Stefano Canestrari, coordinatori del gruppo di lavoro, insediatosi il 28 febbraio 2014. Il gruppo di lavoro si è avvalso del contributo di esperti, auditi in Plenaria, cui va un ringraziamento particolare: il Dott. Piero Cipriano, dirigente medico presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell’Ospedale San Filippo di Roma e autore del volume *La fabbrica della cura mentale*

(2013); il Dott. Pietro Sangiorgio, Vice Segretario del Coordinamento Nazionale di Servizi di Diagnosi e Cura, già direttore del Dipartimento Salute Mentale ASL RMH1; la Prof.ssa Maria Grazia Giannichedda, docente di Sociologia dei fenomeni politici all'Università di Sassari, Presidente della Fondazione Franco e Franca Basaglia ed esperta OMS sulla salute mentale e diritti umani. Al gruppo di lavoro hanno attivamente partecipato: Prof. Salvatore Amato, Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof. Carlo Casonato, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof.ssa Assuntina Morresi, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Dott. Carlo Petrini, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia. Hanno preso parte alle audizioni e alla discussione in Plenaria anche: Dott.ssa Rosaria Conte, Prof. Andrea Nicolussi, Prof. Carlo Flamigni, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof. Mario De Curtis, Prof. Giancarlo Umani Ronchi. Il parere è stato approvato all'unanimità nella Plenaria del 24 aprile 2015 dai presenti: Prof. Salvatore Amato, Prof. Stefano Canestrari, Prof. Bruno Dallapiccola, Prof. Antonio Da Re, Prof. Lorenzo d'Avack, Prof. Mario De Curtis, Prof. Riccardo Di Segni, Prof. Carlo Flamigni, Prof.ssa Assunta Morresi, Prof. Demetrio Neri, Prof. Andrea Nicolussi, Prof.ssa Laura Palazzani, Prof. Massimo Sargiacomo, Prof.ssa Monica Toraldo Di Francia, Prof. Giancarlo Umani Ronchi, Dott.ssa Grazia Zuffa. Hanno espresso parere favorevole i membri consultivi: Dott.ssa Carla Bernasconi, Dott.ssa Rosaria Conte, Dott. Carlo Petrini. Assenti alla seduta, hanno espresso successivamente la loro adesione: Prof.ssa Luisella Battaglia, Prof. Carlo Caltagirone, Prof.ssa Cinzia Caporale, Prof. Carlo Casonato, Prof.ssa Paola Frati.

## 1- Premessa

Il Comitato Nazionale di Bioetica, con questo documento, intende attirare l'attenzione delle istituzioni e dell'opinione pubblica sulla contenzione, esercitata su pazienti ricoverati in diverse tipologie di strutture sociosanitarie del nostro paese. La contenzione può essere di tipo fisico o farmacologico. In questo parere, il CNB intende in particolare affrontare il problema della forma di contenzione che più solleva riserve dal punto di vista etico e giuridico: la contenzione meccanica, ossia la pratica di legare i pazienti con l'uso della forza e contro la loro volontà. A ciò ci riferiremo d'ora in avanti, quando useremo il termine contenzione senza altra specificazione. La pratica della contenzione è usata nei confronti dei pazienti psichiatrici nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) degli ospedali così come nelle cliniche private; ma anche su minori ricoverati in strutture per problemi di disabilità mentale o fisica e su anziani degenti in ospedali o in strutture residenziali assistite<sup>1</sup>. A questi ultimi va dedicata un'attenzione particolare, sia per la loro vulnerabilità, sia perché l'aumento della vita media ha comportato un incremento di malattie invalidanti e demenze senili, con massiccio ricorso all'istituzionalizzazione. Poiché il contesto in cui la contenzione è adottata e le motivazioni addotte per giustificarla sono in parte differenti per i pazienti psichiatrici e per gli anziani, le due questioni saranno esaminate in maniera distinta. Il che non deve farci dimenticare che la contenzione, sia per gli anziani che per i pazienti psichiatrici e i disabili, affonda le radici in una comune cultura e tradizione assistenziale, poco attenta alla relazione terapeutica e alla soggettività del paziente.

## 2 - L'orizzonte bioetico

Il CNB si è già pronunciato diverse volte in merito alla contenzione, invitando al suo superamento. Questo nuovo pronunciamento nasce dalla constatazione che, nonostante gli anni intercorsi, la contenzione è ancora largamente applicata senza che si intravedano sforzi decisivi alla sua risoluzione e neppure una sufficiente sensibilità alla gravità del problema. Si ricordi, in ordine, il documento del 2006, "Bioetica e diritti degli anziani": nell'invitare al rispetto dell'integrità dell'anziano e alla non maleficenza, il CNB sottolinea come "la maleficenza verso l'anziano possa corrispondere alla contenzione, intesa come limitazione meccanica o

.....  
<sup>1</sup> Per i soggetti in età evolutiva, si veda la denuncia delle associazioni dei familiari citata nel documento Stato-Regioni del 2010.

farmacologica delle possibilità di movimento autonomo di un individuo”<sup>2</sup>. Circa la contenzione in ambito psichiatrico, il parere “Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici”, del 2000, afferma chiaramente che “la contenzione meccanica deve essere superata in quanto lesiva della dignità della persona”. Tale pratica è individuata come un residuo della cultura manicomiale, che produce “cronicizzazione, invece che il recupero della malattia”<sup>3</sup>. Ma già l’anno addietro, nel settembre 1999, nel documento “Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici”, il CNB denunciava “l’uso frequente della contenzione anche prolungata in buona parte degli SPDC, negli OPG, nelle strutture soprattutto private (ma spesso convenzionate a carico del SSN)”, rilevando che “tali prassi sono in primo luogo in contrasto con le buone pratiche medico-psichiatriche”. Si raccomandava perciò che la contenzione e l’isolamento fossero “drasticamente ridotti e praticati solo in casi eccezionali in mancanza di alternative o in stato di urgenza” e che dovessero comunque essere limitati nel tempo, sottolineando al tempo stesso “la convergenza tra la norma etica del rispetto della dignità personale e il criterio clinico-terapeutico”<sup>4</sup>. Anche il recente documento “Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche”, del 2014, analizza le questioni sia del ricovero che del trattamento involontario per queste persone altamente vulnerabili, rimarcando il collegamento fra i diritti dei malati e un’adeguata presa in carico, “poiché carenze e inadeguatezze nell’assistenza di persone con disabilità mentale conducono a situazioni che si traducono in trattamenti inumani e degradanti”<sup>5</sup>. Nel dibattito bioetico sulla salute mentale, è centrale dunque il passaggio a un nuovo paradigma, in sostituzione dell’approccio manicomiale: da una visione del malato di mente come destinatario di coercizione e segregazione (in quanto portatore di pericolosità sociale), a quella di persona sofferente di cui prendersi cura, secondo principi e modalità di presa in carico del tutto simili a quelli usati per altre patologie e sofferenze. Superare il “residuo di cultura manicomiale” denunciato da questo comitato nel 2000, significa predisporre servizi psichiatrici che rispondano appieno ai criteri etici generalmente riconosciuti e applicati in ogni altro campo delle prestazioni di cura: dall’impegno a offrire interventi che migliorino la qualità della vita (secondo il principio di beneficenza), all’obbligo a non causare danno (principio di non maleficenza), al rispetto dell’autonomia e della dignità della persona (anche quando si tratti di decidere circa l’opportunità di un intervento sanitario), all’osservanza di criteri di giustizia nella ripartizione delle risorse. In ambito internazionale, numerose sono le prese di posizione contro la coercizione in psichiatria (nel cui ambito è trattato anche il problema della contenzione). Si veda la Raccomandazione del comitato dei ministri del Consiglio d’Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, adottata nel 2004, a seguito del Libro Bianco europeo (commentato dal CNB italiano nel già citato parere del 1999). Nella Raccomandazione si affrontano le questioni del ricovero e del trattamento involontario in strutture psichiatriche (quali momenti tra loro distinti, cap.III)<sup>6</sup>; così come della seclusione (la stanza d’isolamento) e della contenzione (cap.V, art.27), raccomandando di limitare le misure ai “casi di imminente pericolo per la persona o per altri, e in proporzione ai rischi implicati”, con menzione dei casi nella cartella clinica della persona e in un registro apposito. Si noti che la contenzione è trattata in un articolo a se stante, quale misura assolutamente distinta dal trattamento. Ancora, la dichiarazione conclusiva della conferenza di Helsinki dei ministri della sanità di 52 paesi della regione europea della OMS nel 2005 (dal titolo Affrontare

2 CNB, *Bioetica e diritti degli anziani*, 2006, pp. 7-8.

3 CNB, *Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici*, 2000, p. 18.

4 CNB, *Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici*, in “Libro Bianco del Consiglio d’Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici”, 1999.

5 CNB, *Le demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche*, 2014, pp. 18 e ss.

6 Council of Europe, *Recommendation Rec (2004) 10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of human rights and the dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers’ Deputies, 22 September 2004*. La distinzione fra ricovero involontario e trattamento involontario si fonda sul presupposto che debba prevalere la presunzione in favore della capacità di decidere, anche se il paziente è ricoverato non per sua volontà, a meno che lo stato di incapacità di decidere riguardo al proprio trattamento non faccia parte dei criteri giuridici del ricovero (cfr. il Libro Bianco e il parere CNB del 1999). Circa la casistica del trattamento involontario della Raccomandazione: la persona deve rappresentare un rischio significativo per l’incolumità propria o altrui; il trattamento deve avere una finalità terapeutica; non devono essere disponibili alternative terapeutiche meno restrittive; l’opinione della persona deve essere presa in considerazione. Sono indicati anche i criteri per l’esecuzione (es.: il trattamento deve essere proporzionato alle condizioni di salute; deve essere parte di un programma scritto; deve essere documentato; deve essere indirizzato all’utilizzo, il più presto possibile, di un trattamento accettabile per la persona; etc.) e i diritti che devono essere garantiti (es.: informazione alla persona e al suo rappresentante legale, comunicazione e visita, etc.).

le sfide, creare le soluzioni) e la risoluzione del Parlamento Europeo del 2006<sup>7</sup>, nota come Risoluzione Bowis, richiamano al rispetto dei diritti umani delle persone malate di mente (fra cui fondamentale è il diritto all'autonomia): fino a chiedere esplicitamente ai governi di “offrire cure efficaci e comprensive che rispettino le loro preferenze personali”, e di “introdurre o rafforzare leggi o regolamenti che garantiscano gli standard di cura ponendo fine agli interventi inumani e degradanti”<sup>8</sup>. Sul tema specifico della contenzione, la Risoluzione Bowis considera che “vada evitata qualsiasi forma di restrizione della libertà personale, in particolar modo le contenzioni, per le quali sono necessari il monitoraggio, il controllo e la vigilanza delle istituzioni democratiche, a garanzia dei diritti della persona”<sup>9</sup>. E ancora giudica “che il ricorso alla forza sia controproducente, così come la somministrazione coatta dei farmaci”, raccomandando che l'eventuale somministrazione coatta debba avvenire con la convalida dell'autorità civile<sup>10</sup>. Come si vede, questi documenti sottolineano lo stretto legame fra efficacia terapeutica e rispetto dei diritti e della dignità della persona<sup>11</sup>. La pratica e la cultura dell'istituzionalizzazione sono condannate, perché il mancato rispetto dei diritti è non solo una lesione della persona, ma anche uno dei fattori di aggravamento della patologia psichica. Se ne deduce un chiaro collegamento fra il diritto all'autonomia della persona e il diritto a ricevere cure appropriate. Per meglio dire, il diritto all'autonomia diventa il volano di un intervento terapeutico valido ed efficace. Con una conseguenza importante circa l'inquadramento bioetico della contenzione: nel caso del paziente sottoposto a contenzione meccanica, non ci sono scusanti per la violazione dell'autonomia della persona in nome del suo “bene” e non è perciò appropriato ipotizzare due principi in conflitto, la libertà della persona, da un lato, e la (supposta) finalità terapeutica dell'intervento coercitivo (principio di beneficenza), dall'altro. Non si tratta tanto di trovare un bilanciamento fra questi principi, cercando perciò di individuare le situazioni in cui il principio di beneficenza possa prevalere sul diritto all'autonomia del +paziente (posizione che corre il rischio di istituzionalizzare/normare le violazioni della libertà)<sup>12</sup>; quanto di ribadire il principio che il ricorso alla forza è sempre una violazione della persona, dagli effetti controproducenti. Il fatto che in situazioni del tutto eccezionali i sanitari possano ricorrere a giustificazioni per applicare la contenzione, non solo non toglie forza alla regola della noncontenzione, ma soprattutto non modifica i fondamenti del discorso etico. Come ribadisce anche il Comitato danese di Etica, nel documento significativamente intitolato *Power and powerlessness in psychiatry*, del 2012, rimane intatto il principio che la coercizione rappresenta invariabilmente una violazione, indipendentemente dalle ragioni per cui la si applichi. Soprattutto va ricordato che la contenzione costituisce un ostacolo alla relazione fra curante e curato, relazione che rimane il principale strumento terapeutico. Il ricorso alla forza va dunque in ogni modo evitato: è questo un invito pressante agli operatori impegnati a vario titolo nelle prestazioni di cura, e al tempo stesso un appello rivolto alle istituzioni, affinché predispongano politiche adeguate. Il richiamo è tanto più opportuno considerando che, a distanza di molti decenni dalla riforma psichiatrica, e nonostante i molti appelli per il suo superamento, la contenzione risulta ancora essere utilizzata in modalità non “eccezionale”, come si vedrà più avanti. I documenti internazionali citati indicano una via di superamento della contenzione, attraverso la costruzione di servizi territoriali di comunità “che prevedano un coinvolgimento dei pazienti nel percorso della cura, con una sensibilità verso i loro bisogni e la loro cultura d'origine”<sup>13</sup>. Anche la già citata dichiarazione del Comitato

7 J. Bowis, *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione Europea* (Risoluzione Bowis), 2006/2058 INI.

8 Cfr. i documenti: *Mental Health Declaration for Europe, Facing the challenges, Building solutions*, (EUR/04/5047810/6) e *Mental Health Plan for Europe*, (EUR/04/5047810/7), WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12-15 January 2015.

9 Risoluzione Bowis, punto 34.

10 Risoluzione Bowis, punto 33.

11 Cfr. M.G. Giannichedda, *La salute mentale e i diritti della persona*, in Laura Canovacci (a cura di), 1978-2008: *Trent'anni di sanità fra bioetica e prassi quotidiane*, Commissione Regionale di Bioetica della Toscana, 2010.

12 Cfr. C. Petrini, *Ethical considerations for evaluating the issue of physical restraint in psychiatry*, Ann. Ist. Super Sanità, 2013, vol. 49, n. 3, pp. 281-285; Cfr. anche F. Maisto, *Imputabilità e vulnerabilità*, Quaderni di SOUQ - Centro Studi Sofferenza Urbana, 2011, n. 4. Scrive il giudice Francesco Maisto: “Si diffondono pratiche e protocolli ospedalieri e professionali sulla contenzione, nell'errato convincimento del valore giustificativo e tutorio per gli operatori in caso di lesioni, decessi e danni di qualsiasi genere ai pazienti. Tutti gli argomenti giuridici giustificativi di dette pratiche non tengono conto che nella legislazione vigente la contenzione in senso stretto, meccanica (distinta dall'occasionale ed eccezionale contenzione fisica e dalla contenzione farmacologica) non è prevista e che non trattasi di lacuna per distrazione del Legislatore, bensì di consapevole scelta dello stesso”.

13 Dichiarazione di Helsinki, cit. V, p. 4.

danese di Etica confida in un cambio di cultura, articolato su due pilastri: il riconoscimento della persona come tale, prima ancora che come soggetto affetto da malattia; e di conseguenza, la visione del paziente come persona alla “pari” del personale medico (di pari diritti, di pari dignità e portatrice di un insostituibile “sapere su di sé”). Tale “parità” dovrebbe favorire una relazione terapeutica empatica e rispettosa, facendo sì che l’asimmetria di conoscenze tecnico-scientifiche fra curato e curante non si traduca in un rapporto di prevaricazione.<sup>14</sup> Sono indicazioni importanti, in linea con gli orientamenti comunitari nel campo della salute mentale, volti a cogliere e valorizzare il ruolo dei fattori ambientali e relazionali nella cura, in accordo peraltro coi principi ispiratori della riforma psichiatrica italiana. Il superamento della contenzione si intreccia dunque con una nuova cultura e organizzazione dei servizi. Il che non significa rimandare al cambiamento di cultura la risoluzione del problema, di fatto accettando una scissione fra principi e pratiche e declassando i primi a proclami moralistici; quanto, al contrario, partire dal rifiuto della contenzione quale fondamento di “buone prassi”, presupposto cioè per costruire nel concreto una diversa cultura dei servizi, a partire da una corretta relazione fra chi cura e chi è curato. È questo il senso e il valore di iniziative quali i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che semplicemente non applicano la contenzione (no-restraint); o le città, come Trieste, “libere dalla contenzione”, che si impegnano a evitare di legare le persone in tutti i servizi sociosanitari della città e nelle case di riposo per anziani<sup>15</sup>. Né mancano esempi di Ospedali Psichiatrici Giudiziari in cui la contenzione è stata eliminata, come nel nell’OPG di Montelupo Fiorentino, nel 2012<sup>16</sup>. Peraltro, l’indicazione del divieto di contenzione è presente anche nei piani sanitari di alcune regioni, come si vedrà più avanti. L’esistenza stessa di servizi che non applicano la contenzione mostra come l’osservanza di un principio etico, all’interno di un approccio di cura che pone al centro la relazione fra “pari”, di curante e curato, possa guidare alle buone pratiche. Si deve, dunque si può.

### 3 - L'orizzonte normativo

Oltre a costituire espressione di un fenomeno ampio, ricco di riflessi in vari campi dell’esperienza e del sapere umano, sotto il profilo giuridico le tecniche di contenzione dischiudono agli occhi degli studiosi e degli operatori del diritto interrogativi di grande portata e di complessità notevole. Alla luce di ciò, l’approfondimento del tema è stato avviato negli ultimi anni - in virtù anche della rilevanza di recenti casi giudiziari<sup>17</sup>, assurti all’onore delle cronache nei loro dolorosi risvolti - dalla dottrina, nella specie da quella costituzionalistica e penalistica. Occorre dunque dare riassuntivamente conto dei diversi nodi problematici individuati nell’alveo del dibattito dottrinale. Per prima cosa è bene specificare come sussistano dubbi sulla stessa liceità delle pratiche contentive, in specie ove si esplichino nel ricorso a mezzi di contenzione meccanica: in sostanza, ci si chiede se ci si trovi di fronte ad atti leciti, in quanto previsti dalla legge, oppure se si tratti di atti vietati (quindi, illeciti) e tuttavia resi conformi all’ordinamento dall’esistenza di una causa di giustificazione di volta in volta individuata. Il quesito, come segnalato in letteratura<sup>18</sup>, appare strettamente legato a quello concernente l’esatta delimitazione degli obblighi rientranti nella posizione di garanzia configurabile in capo agli operatori sanitari ex art. 40, 2° comma, c.p.: ci si interroga, in particolare, se nel novero di tali obblighi si possa

14 *The Danish Council of Ethics Statement on coercion in psychiatry*, p. 8.

15 L’iniziativa nasce dalla Azienda sanitaria 1 di Trieste, in collaborazione con l’Ordine dei medici. Il 21 dicembre 2013 il Sindaco di Trieste, Roberto Cosolini, ha lanciato un appello ai Sindaci e ai responsabili sanitari di tutto il Paese affinché si rigettino tutte le forme di contenzione meccanica, farmacologica ed ambientale che tutt’oggi sono utilizzate su cittadini deboli in violazione dell’articolo 13 della nostra Costituzione.

16 La direttrice, Antonella Tuoni, così spiegava le ragioni del divieto di contenzione: “Tenere legata ad un letto una persona per giorni e giorni come pratica usuale richiamando l’articolo dell’Ordinamento Penitenziario che prevede l’impiego della forza fisica e l’uso dei mezzi di coercizione, ovvero la normativa in materia di trattamento sanitario obbligatorio, oltre che inumano è illecito” (Ristretti Orizzonti, 17 settembre 2013).

17 Si allude in particolare ai casi riguardanti i decessi di Giuseppe Casu e Francesco Mastrogiovanni, per cui v., riassuntivamente e rispettivamente, G. Dodaro, *Morire di contenzione nel reparto psichiatrico di un ospedale pubblico: la sentenza di primo grado sul caso Mastrogiovanni*, [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 12 giugno 2013, e, dello stesso Autore, *Il nodo della contenzione in psichiatria tra gestione della sicurezza, diritti del paziente e “inconscio istituzionale”*, [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 25 febbraio 2014.

18 Cfr. il riepilogo offerto da C. Sale, *Analisi penalistica della contenzione del paziente psichiatrico*, [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 27 aprile 2014, pp. 8 e ss.

comprendere l'impedimento, mediante pratiche di contenzione, di atti auto- ed eterolesivi del paziente. Una prima opinione, diffusa in parte della dottrina e della giurisprudenza, afferma che gli obblighi in argomento comprendano anche il ricorso a mezzi contentivi, osservando anzi come il loro utilizzo s'imponga proprio quando si tratti di evitare condotte lesive auto- o etero dirette. Simili conclusioni, peraltro, rimarrebbero valide anche dopo la l. 13 maggio 1978, n. 180, nonostante l'abbandono – da essa promosso – del modello “custodialistico”, strettamente connesso alla superata visione manicomiale della sofferenza psichica sulla base della presunzione di pericolosità dei soggetti di questa portatori. Un diverso orientamento della dottrina e della giurisprudenza, tuttavia, valorizzando l'assenza nell'ordinamento italiano di una normativa specifica, ha escluso la possibilità di configurare una simile posizione di garanzia in capo agli operatori psichiatrici, sottolineando come, proprio per i motivi accennati, anche le generali indicazioni desumibili dalla l. 180/1978 deporrebbero in tal senso.<sup>19</sup> Secondo questa diversa ricostruzione, la contenzione meccanica sarebbe passibile, in linea di massima, di integrare un fatto penalmente illecito ai sensi degli artt. 605 c.p. (“Sequestro di persona”) e 610 c.p. (“Violenza privata”), ma consentito quando ricorra una causa di giustificazione. Le ipotesi giustificanti individuate in dottrina, in particolare, sono quelle previste dall'art. 51 (“Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere”), dall'art. 52 (“Difesa legittima”) o dall'art. 54 (“Stato di necessità”) del Codice penale. Sotto questo aspetto, conviene notare che, ferma restando la necessità di valutare rigorosamente i presupposti ed i limiti di applicabilità di tutte le cause giustificazione in questione, la dottrina prevalente ha privilegiato l'applicazione dello stato di necessità e – ove ne ricorrano gli estremi – della legittima difesa. Questo soprattutto sulla base dell'argomento per cui mentre la scriminante dell'adempimento del dovere indurrebbe ad una concezione asimmetrica del rapporto di cura, comprimendo in certo senso il ruolo del paziente, il richiamo delle cause di giustificazione di cui agli artt. 52 e 54 c.p. sembra al contrario ispirarsi ad una interpretazione paritaria del medesimo rapporto, nella specie maggiormente rispettosa della dignità del paziente<sup>20</sup>. Occorre in ogni caso tenere presente come a venire in rilievo, nel caso della contenzione meccanica, siano diritti fondamentali della persona. Per questa ragione, il tema ha sollevato altresì il problema, affrontato in particolare dalla lettura costituzionalistica, di verificarne la legittimità in relazione ai principi della Carta fondamentale. Al riguardo è stato sottolineato come il problema debba essere osservato attraverso la lente degli artt. 13 e 32 della Costituzione<sup>21</sup>. Risulta in effetti discussa, sotto questo profilo, la natura stessa delle pratiche contentive in argomento: la questione non è di scarsa importanza e lo si evince già solo considerando che, mentre l'art. 13 – che sancisce il principio dell'inviolabilità della libertà personale e prevede, al quarto comma, la punizione di ogni violenza fisica e morale “sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà” – concerne interventi coercitivi, l'art. 32 riguarda invece interventi obbligatori. Sul piano della disciplina, dunque, l'art. 13 prevede limiti più stringenti dell'art. 32 della Costituzione: quest'ultimo stabilisce una c.d. riserva di legge relativa, per cui “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”, la quale “non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana” (2° comma); l'art. 13, invece, sancisce al contempo una c.d. riserva di legge assoluta ed una c.d. riserva di giurisdizione, prevedendo al 3° comma che “[i]n casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto”. Si ipotizza, infine, anche una soluzione intermedia, che suggerisce di assimilare le pratiche di contenzione ai trattamenti sanitari coattivi, suggerendo una loro regolamentazione congiunta da parte degli artt. 13 e 32 della Costituzione. Indipendentemente dalla tesi che si voglia accogliere, si è inoltre sottolineato come risulti in ogni caso necessario – sempre dal punto di vista della legittimità costituzionale – che la possibilità di eseguire interventi contentivi s'un paziente psichiatrico debba essere prevista da una legge emanata dal Parlamento, la quale ne disciplini i presupposti applicativi<sup>22</sup>. Ora, nel nostro ordinamento non è rinvenibile

.....  
 19 Un dubbio potrebbe residuare, si segnala, solo per quanto concerne la specifica condizione del soggetto sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio in stato di degenza ospedaliera.

20 In tal senso, ad es., G. Dodaro, *Morire di contenzione*, cit.

21 M. Massa, *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, “Rivista italiana di medicina legale”, 2013, pp. 179 e ss.

22 Sul punto, v. anche G. Dodaro, *Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario*, “Rivista italiana di medicina legale”, 2011, pp. 1499 e ss.



una normativa specifica: se si eccettuano gli artt. 41, 3° comma, l. 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) e 77 del regolamento cui questo fa rinvio<sup>23</sup>, che concernono la specifica situazione del paziente psichiatrico detenuto in carcere, il principale riferimento normativo sarebbe ancora da individuarsi – almeno secondo l'indirizzo giurisprudenziale maggioritario – nell'art. 60, r.d. 16 agosto 1909, n. 615 (Regolamento sui manicomi e sugli alienati, attuativo della l. 14 febbraio 1904, n. 36). A mente di quest'ultima previsione, “[n]ei manicomi debbono essere aboliti o ridotti ai casi assolutamente eccezionali i mezzi di coercizione degli infermi e non possono essere usati se non con l'autorizzazione scritta del direttore o di un medico dell'istituto. Tale autorizzazione deve indicare la natura e la durata del mezzo di coercizione”. Tuttavia, non solo appare discussa l'attuale vigenza dell'art. 60 in parola (giacché, se la giurisprudenza tende per lo più a riconoscerne la sopravvivenza alla riforma operata dalla l. 180/1978, che nulla dice sul punto, secondo altri bisognerebbe invece ritenere che esso sia stato travolto da un'abrogazione tacita), ma se n'è posta anche in dubbio l'idoneità stessa a soddisfare la riserva di legge richiesta dalle norme costituzionali, anche quando si dovesse trattare di quella relativa di cui all'art. 32 della Costituzione: infatti, la norma non appare sotto questo profilo sufficientemente articolata e precisa. Come si vede, dunque, (anche) sotto il profilo giuridico la contenzione meccanica solleva, pur limitando lo sguardo ad una prospettiva ancorata alla situazione normativa attuale, questioni di non facile soluzione e sulle quali la riflessione, lungi dall'essere giunta ad una piena condivisione da parte degli interpreti, si sta ancora sviluppando. Nondimeno, sembra che alcuni punti fermi si possano già oggi individuare. Va anzitutto ribadito, una volta di più, come – a maggior ragione dopo la l. 180/1978, ma a ben vedere per ragioni che a questa non si limitano e che da questa prescindono – non possa più essere accettata una visione del paziente portatore di un disturbo mentale quale soggetto presuntivamente ritenuto pericoloso e nei cui confronti l'intervento sanitario debba esplicarsi in forme “custodialistiche”. Da ciò discende la necessità d'intendere la relazione terapeutica coi pazienti affetti da disturbi mentali in termini sovrapponibili a quelli propri di ogni rapporto di cura e, quindi, secondo criteri fondamentali in tutto simili a quelli adottati nei confronti di altre patologie e forme di sofferenza. In questo senso, è auspicio del Comitato Nazionale per la Bioetica che la relazione medico-paziente si svolga su direttrici paritarie, pienamente rispettose dei canoni di una relazione umana ispirata all'eguale dignità e libertà dei soggetti coinvolti. In conseguenza di ciò, il ricorso alle tecniche di contenzione meccanica deve rappresentare l'extrema ratio e si deve ritenere che – anche nell'ambito del Trattamento Sanitario Obbligatorio – possa avvenire solamente in situazioni di reale necessità e urgenza, in modo proporzionato alle esigenze concrete, utilizzando le modalità meno invasive e solamente per il tempo necessario al superamento delle condizioni che abbiano indotto a ricorrervi. In altre parole, non può essere sufficiente che il paziente versi in uno stato di mera agitazione, bensì sarà necessaria, perché la contenzione venga “giustificata”, la presenza di un pericolo grave ed attuale che il malato compia atti auto-lesivi o commetta un reato contro la persona nei confronti di terzi. Nel momento in cui tale pericolo viene meno, il trattamento contenitivo deve cessare, giacché esso non sarebbe più giustificato dalla necessità e integrerebbe gli illeciti evidenziati in precedenza. Tali indicazioni, infine, sembrano in grado di rappresentare utili – e, sotto alcuni profili, irrinunciabili – punti di riferimento per una più corretta applicazione anche delle forme di contenzione diverse da quella meccanica, pur opportunamente calate nelle rispettive realtà e specificità.

## 4 - La contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura: indicazioni dalla ricerca

Come accennato, si distinguono forme di contenzione fisica e farmacologica. La contenzione meccanica è una tipologia di contenzione fisica, ma ci sono altre forme di contenzione fisica, del tutto diverse dalla

.....  
 23 L'art. 41, 3° comma, in discorso recita: «Non può essere usato alcun mezzo di coercizione fisica che non sia espressamente previsto dal regolamento e, comunque, non vi si può far ricorso a fini disciplinari ma solo al fine di evitare danni a persone o cose o di garantire la incolumità dello stesso soggetto. L'uso deve essere limitato al tempo strettamente necessario e deve essere costantemente controllato dal sanitario». L'art. 77 del regolamento cui si fa rinvio contempla la possibile utilizzazione delle fasce di contenzione per polsi e caviglie, pur prevedendo talune specifiche garanzie.

contenzione meccanica. Di queste fa parte lo holding, una tecnica usata dall'operatore per contenere la crisi del malato, ricorrendo all'ascolto e impegnando anche il proprio corpo, nel tentativo di stabilire un dialogo. In questo caso, l'uso della forza e la limitazione fisica della persona sono contingenti, di breve durata, utili a creare la relazione, mantenendo aperta la negoziazione alla ricerca di soluzioni e scelte condivise. Lo holding può perciò rappresentare una delle procedure di de-escalation nelle crisi di aggressività dei pazienti, alternative alla contenzione meccanica (con l'obiettivo di contenere- nel senso di recepire e "tenere dentro di sé" i vissuti del paziente- alleviando la sua rabbia e la sua sofferenza). Diversa è la contenzione meccanica, che si realizza con camicie di forza, letti di contenzione, cinghie alle caviglie e ai polsi. Ulteriore modalità è rappresentata dalla seclusion, ossia dalla chiusura del paziente in celle di isolamento. È perlopiù usata nei paesi di tradizione anglosassone, a differenza del nostro, in cui si ricorre di preferenza alla contenzione meccanica. 13 Quanto alla contenzione farmacologica, essa avviene con la somministrazione di farmaci in dosi più elevate che nelle correnti indicazioni terapeutiche, finalizzate all'ottundimento della volontà e delle reazioni del paziente. La sedazione farmacologica può certo rappresentare uno strumento per fronteggiare le crisi di aggressività, ma ciò non significa che sia opportuno sostituire la contenzione meccanica con quella farmacologica. È evidente infatti che gli alti dosaggi dei farmaci a fini contenitivi possono avere effetti collaterali rischiosi, oltre a ritardare l'avvio della relazione terapeutica, risorsa indispensabile nel percorso di recupero. Per questa ragione, nei piani sanitari e nelle linee di indirizzo di alcune regioni si raccomanda di attenersi ai dosaggi corretti dei farmaci sedativi e di monitorare con attenzione l'eventuale ricorso a posologie improprie, che comunque dovrebbero essere limitate nel tempo. Infine, negli SPDC che hanno scelto di non legare i pazienti o che cercano di limitare tale pratica al minimo, non risulta dai dati a disposizione un uso più intensivo di psicofarmaci rispetto ai servizi che ricorrono più massicciamente alla contenzione<sup>24</sup>. Alla radice, è l'orientamento dei servizi a fare la differenza. Perciò la soluzione non sta tanto nella sostituzione della contenzione farmacologica alla contenzione meccanica, quanto nel superamento della cultura stessa della contenzione, avvalendosi correttamente di tutti gli strumenti terapeutici, farmaci inclusi. La contenzione meccanica può dirsi il "rimosso" dell'assistenza psichiatrica. Nel 1978, la legge di riforma psichiatrica sancisce la fine dei nuovi ingressi in manicomio e inizia il percorso verso la loro chiusura; si inaugura il nuovo sistema di presa in carico territoriale, demandando le crisi acute agli Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli ospedali generali. Nessun cenno si trova nella legge psichiatrica alla contenzione, né il problema è affrontato in seguito con l'urgenza e la gravità che meriterebbe nei piani sanitari e in altri documenti di indirizzo sulla salute mentale, come meglio esamineremo. Ancora più sorprendente è la scarsità di ricerca e l'assenza di monitoraggio sistematico di una pratica così invasiva e lesiva della persona, nonostante gli appelli al superamento già citati. La contenzione diviene in genere oggetto di dibattito pubblico quando avvengono tragici morti di persone legate, con conseguenti interventi della Magistratura. Così nel 2006, la morte di Giuseppe Casu, rimasto legato per sette giorni a un letto del reparto psichiatrico dell'ospedale di Cagliari, suscita la protesta delle associazioni dei familiari dei malati e l'indignazione dell'opinione pubblica; nel 2010, è la volta di Francesco Mastrogiovanni, morto a Vallo di Lucania dopo dieci giorni ininterrotti di contenzione. Anche in questo caso, il ruolo dei familiari, promotori del Comitato "Verità e Giustizia per Francesco Mastrogiovanni", è stato fondamentale per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica. Nonostante la scarsità della ricerca sul tema, esistono alcuni studi, italiani e non, che offrono un panorama del funzionamento dei servizi, in cui la pratica della contenzione si inserisce<sup>25</sup>. La ricerca Progres Acuti, condotta fra il 2002 e il 2003, ha permesso di raccogliere dati nazionali circa caratteristiche e modelli operativi dei 262 SPDC operanti in Italia e dei 16 Centri di Salute Mentale territoriali aperti 24 ore su 24 (in grado di accogliere pazienti in crisi): durante il periodo, il tasso di Trattamenti Sanitari Obbligatori è stato del 12,9%. L'80% degli SPDC hanno la porta chiusa, mentre 15 CSM 24 ore su 16 hanno la porta aperta. Il modello "porta

24 Il dato emerge dallo Studio SPT, ricerca longitudinale dell'Istituto Mario Negri di Milano su 61 servizi territoriali e 39 SPDC di 12 regioni sugli esiti dei disturbi mentali gravi lungo cinque anni dalla presa in carico; cfr. Giuseppe Cardamone, Angelo Guarnieri, Luisa Mari, *Una elaborazione critica dei dati sui SPDC. Riflessioni sul senso della crisi e del ricovero in psichiatria*, "Rivista sperimentale di Freniatria", Vol. CXXVII, supplemento n. 2/2003, pp. 23- 24. Gli autori notano anche che i servizi che meno ricorrono alla contenzione non sono dotati di più personale rispetto agli altri. Cfr. anche P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 51.

25 Gli studi di seguito esposti sono stati illustrati e dibattuti nelle audizioni del CNB.

chiusa” è più diffuso in Italia rispetto all'estero<sup>26</sup>. Tuttavia, a livello nazionale, non si conosce il numero dei pazienti su cui la contenzione meccanica sia stata applicata, né il numero delle contenzioni, né il numero totale di ore di contenzione nell'arco di un anno. Un quadro più esauriente emerge a livello regionale, dalla ricerca sugli SDPC dell'area metropolitana di Roma, a cura del coordinamento dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura del Lazio, iniziata nel 2005 con successivo *follow up*<sup>27</sup>. Lo studio ha permesso di monitorare le contenzioni meccaniche eseguite nel periodo, capire la loro ratio, individuarne l'evoluzione, prefigurare soluzioni; esso è tanto più importante, in quanto riguarda l'area di una grande metropoli, con una varietà di problematiche vecchie e nuove di salute mentale. Queste si riflettono sull'attività degli SPDC, affollati da ogni genere di urgenze (condotte psicopatiche, co-diagnosi di dipendenza e disturbo mentale, emergenze collegate a nuove povertà e crisi sociali). Al primo step della ricerca laziale, nel quadrimestre gennaio-aprile 2005, hanno partecipato 23 SPDC (su 24): di questi, solo uno, lo SPDC dell'ospedale San Giacomo di Roma, non applicava la contenzione<sup>28</sup>. Su 3130 pazienti ricoverati nel periodo, 297 sono stati legati, all'incirca uno su dieci. Alcuni più volte: i pazienti contenuti sono stati sottoposti, in media, a due interventi di contenzione, con un limite massimo di 12 contenzioni per un solo paziente (il numero totale delle contenzioni è stato infatti di 581). La media del numero delle contenzioni è stata di 26 per servizio, con una grande variabilità: a parte il San Giacomo che non ne ha effettuata nessuna, si va dal numero minimo di 5 contenzioni in 4 mesi ad un massimo di 71. La durata media per contenzione è stata di circa 14 ore, oscillando dai 20 minuti alle 216 ore: il che significa che una persona è stata contenuta per 9 giorni di seguito. La durata media delle contenzioni per paziente è stata di 23 ore, variando da un minimo di 8 ore ad un massimo di 62 ore. Un dato sorprendente riguarda il numero di pazienti contenuti nonostante non fossero in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio, con le procedure di garanzia previste dalla legge: nel 34% dei casi, il paziente è stato legato sulla base semplicemente dell'art. 54 del codice penale (per “stato di necessità”). Quanto alle motivazioni: la maggioranza (il 48%) sono stati legati per agitazione psicomotoria, il 37% per aggressività eterodiretta, il 9% per autolesionismo, il 7% per rischio di fuga, il 3% per rifiuto delle cure, il 13% per stati confusionali di natura organica, tossica o farmacologica. Circa il confronto con altri paesi, in aree dalle caratteristiche metropolitane paragonabili a quelle di Roma: nello studio effettuato nel 2000 a New York, su 50 unità psichiatriche di emergenza, risulta che il tasso di pazienti contenuti sui dimessi è del 3,1%, per una durata media di 3,3 ore. Dunque il confronto è a scapito dell'Italia, poiché nella ricerca laziale risulta un tasso di 9,48 pazienti contenuti su 100 dimessi, con una durata media della contenzione assai superiore (14 ore). Questi pur scarsi dati offrono alcune indicazioni. In primo luogo, non si può dire che la contenzione meccanica sia pratica eccezionale ed extrema ratio, se è vero che in media il 10% dei malati ricoverati in crisi psichiatrica viene legato; tanto più se si considerano i servizi oltre la media, che raggiungono punte del 23, 25%. Anche il dato circa la motivazione comunemente addotta a giustificazione delle contenzioni, la “agitazione psicomotoria” (dizione alquanto generica), lascia supporre che si tratti di un intervento affatto “estremo”. Infine, il fatto stesso che non sia richiesto agli operatori di fornire motivazioni più accurate e giustificazioni più stringenti tradisce il carattere routinario della pratica. In aggiunta, allarma il dato circa la durata delle contenzioni, poiché legare una persona per periodi così prolungati non sembra in accordo con la “attualità” del “pericolo di danno grave”, di cui parla quell'art. 54 del c.p., spesso utilizzato dai sanitari per giustificare la decisione di legare (si veda il paragrafo sull'orizzonte giuridico). Inoltre, la marcata variabilità nell'uso della contenzione fra servizi, che pure insistono su territori con caratteristiche e tipologie di utenza simili, suggerisce che la cultura e l'organizzazione dei servizi, più che la tipologia di utenza, giochino un ruolo decisivo nell'uso della contenzione. Il ruolo primario dell'orientamento dei servizi è confermato da altre indagini condotte all'estero: nel rapporto della Commissione sulla qualità delle cure nello stato di New York, per la valutazione delle cure psichiatriche in ambienti ospedalieri, del 1994, si legge che le differenze nei tassi di applicazione della contenzione non sono tanto correlate alle caratteristiche dei

.....  
26 Dell'Acqua et al., *Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale Progres-Acuti*, “Giornale Italiano di Psicopatologia”, 13, 2007, pp. 26-39.

27 P. Sangiorgio, *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in P. Sangiorgio e G.M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) legare*, Alpes, Roma 2010, pp. 1-40.

28 Peraltro tale servizio non esiste più, perché qualche tempo dopo il presidio ospedaliero è stato chiuso secondo il piano di razionalizzazione della Regione.

pazienti, quanto alla “filosofia” dei servizi<sup>29</sup>.

## 5 - Cultura *restraint* e cultura *no-restraint*

Lo studio italiano SPT (già citato) permette di capire i diversi approcci dei servizi. Dall’esame di un campione di 39 SPDC e di due cliniche universitarie, proveniente da tutto il territorio nazionale, emerge che solo nel 12% dei servizi la contenzione meccanica è bandita come scelta. Fra i rimanenti, la contenzione è evento alquanto raro in poco meno di un terzo dei casi, mentre in un altro terzo è evento piuttosto frequente, fino a picchi di trenta contenzioni nell’ultimo mese. Sono sottoposti a contenzione anche pazienti ricoverati volontariamente e il 42% degli SPDC studiati non trasforma il ricovero volontario in TSO quando si disponga di legare il paziente, lasciando così passare la contenzione come evento “normale”, che non interrompe la volontarietà del ricovero. Inoltre, nel 64% degli SPDC che attuano le contenzioni non esiste neppure un registro dei casi<sup>30</sup>. Gli SPDC che usano la contenzione hanno alle spalle servizi territoriali e reti sociosanitarie “deboli”: intendendo con ciò servizi territoriali aperti per un numero limitato di ore, che non offrono sufficiente varietà di personale, con scarsi collegamenti con altri centri e servizi della rete sociosanitaria territoriale. Inoltre, la contenzione si accompagna a una serie di altre pratiche limitative della libertà di scelta del paziente, come il sequestro di oggetti personali, l’obbligo di indossare il pigiama, la limitazione delle visite dei familiari e delle telefonate, il razionamento delle sigarette etc. Invece, gli SPDC no-restraint hanno alle spalle servizi nella comunità aperti tutto il giorno o anche 24 ore su 24, dunque con una buona capacità di filtro delle emergenze; resa ancora più efficace dal fatto che gli operatori territoriali conoscono già la persona che arriva in crisi, e il paziente è a sua volta meno spaventato se ad accoglierlo sono operatori a loro familiari. Nel commentare questi dati, i ricercatori appuntano l’attenzione sulla correlazione fra contenzione e pratiche aggressive, quali la perquisizione personale e altre già citate. Nei reparti che hanno deciso di escludere la contenzione, le pratiche restrittive non sono presenti. Da qui la conclusione: “Poiché non è credibile che la gravità, l’espressività comportamentale e il profilo psicopatologico dei pazienti che questi servizi ricoverano siano differenti”, è lo stile di lavoro degli operatori e il sistema di servizi in cui il presidio ospedaliero è inserito a fare la differenza<sup>31</sup>. Infine, come già rilevato, non risulta che gli SPDC no-restraint ricorrano ad uso più massiccio di psicofarmaci rispetto a quelli restraint.

## 6 - Le ragioni per non legare

Nonostante la ricerca del Lazio indichi che solo una parte delle contenzioni è decisa dai sanitari per fronteggiare l’aggressività del paziente, le ragioni più comunemente addotte per legare le persone riguardano la sicurezza e la gestione del conflitto col malato. Da notare che anche ricerche internazionali confermano questa contraddizione. Dati provenienti dal Regno Unito offrono un quadro simile a quello del Lazio: solo nel 44% dei casi i pazienti sono legati in risposta a loro azioni conflittuali. Per di più, in molti casi la scelta di contenere diminuisce la sicurezza, invece di favorirla: il contenimento preventivo o reattivo può generare o esacerbare i conflitti coi pazienti, come spesso accade quando viene imposto un farmaco legando la persona, o quando si decide di legare preventivamente pazienti che abbiano già compiuto atti di aggressione. All’inverso, un atteggiamento di rispetto verso il paziente e una gestione “normalizzata” del servizio, cominciando dalla prassi delle “porte aperte” come negli altri reparti, contribuisce a creare un clima

29 NYS Commission on quality of care, *Restraint and seclusion practices in New York State psychiatric facilities and voices from the Frontline: Patients Perspectives of restraint and seclusion use*, 1994.

30 G. Cardamone et al., cit., p. 23.

31 E. Terzian, G. Tognoni, *Indagine sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura*, “Rivista sperimentale di Freniatria”, 2003, vol. 127, suppl. n. 2, pp. 3 e ss.; M.G. Giannichedda, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano*, “Animazione sociale”, n. 4 aprile 2005, pp. 19-31.

più tranquillo, in grado di ridurre i comportamenti aggressivi e autolesionistici<sup>32</sup>. Nel Regno Unito, si è cercato di delineare un nuovo modello di gestione del conflitto nei reparti psichiatrici, analizzando differenti modelli operativi. Fattore chiave del nuovo modello è l'attenzione ai diritti, a partire dall'informazione al paziente e alla possibilità che questi possano far valere il loro punto di vista e avanzare reclami. "L'attenzione alle procedure di garanzia, ai diritti, all'informazione, alle richieste dei pazienti potrebbero aumentare la legittimità del reparto psichiatrico, rafforzare l'autostima del paziente, annullare o diminuire la rabbia, contribuire ad abbassare il conflitto e ridurre i tassi di contenzione". Il modello si appoggia su una cornice normativa attenta ai diritti e promuove un approccio di cura dove ci sia spazio per "l'ascolto, la negoziazione, la flessibilità, il compromesso": elementi utili a ridurre e gestire il conflitto. La gestione del conflitto è dunque parte di un orientamento generale verso il rispetto dell'autonomia della persona, che si riconferma in tutte le fasi del ricovero: dando spazio alle scelte dei pazienti per il cibo, per gli orari, per la gestione degli effetti personali. Infine, si richiede allo staff di intervenire in ogni modo per cercare di "rispondere alla perdita di fiducia e speranza e all'autostigmatizzazione delle persone conseguente al ricovero nel servizio psichiatrico"<sup>33</sup>. Per riassumere. Ci sono diversi ordini di motivi per non legare, di natura etica, e insieme di sicurezza, di prevenzione e di buon governo dei servizi: la gestione non violenta e non coercitiva in SPDC elimina il clima di paura (per pazienti e per operatori) e riduce lo stigma. E ci sono ragioni terapeutiche, in primis di evitare di compromettere la relazione terapeutica tramite il circolo vizioso che la contenzione fisica innesca: l'agitazione della persona legata si aggrava, richiedendo quindi più alte dosi di farmaci sedativi, col risultato di peggiorare lo stato di confusione del paziente, che a sua volta riduce la comunicazione fra la persona legata e il personale. Questi principi terapeutici sono alla base del modello di psicologia e psichiatria di comunità, ma hanno radici ben più antiche. Bastino i concetti dello psichiatra John Conolly, enunciati nel 1856: se si permette che mani e piedi vengano legati, in breve si riscontrerà nel paziente un totale processo di regressione e si darà l'avvio a ogni genere di trascuratezza e tirannia, "fino a che la repressione diventerà l'abituale sostituto dell'attenzione, della pazienza, della tolleranza e della gestione corretta"<sup>34</sup>. In altre parole, il rispetto della persona qualifica l'assistenza ed è misura della qualificazione professionale degli operatori.

## 7 - Strategie di cambiamento

L'idea che attraverso un cambiamento della cultura e dell'organizzazione dei servizi si possa incidere significativamente sulla contenzione, è confermata dall'esito di iniziative a ciò specificatamente rivolte. Così è stato per il progetto danese National Breakthrough Project on Coercion in Psychiatry, adottato in 27 reparti di degenza psichiatrica in totale, dall'agosto 2004 al giugno 2005. Nel rapporto finale del progetto, si legge che un inizio di cambiamento c'è stato, e si è manifestato in una maggiore attenzione del personale al dialogo e al coinvolgimento dei pazienti. Rispetto al numero degli episodi coercitivi, questi erano diminuiti del 20% nel 33% dei reparti partecipanti al progetto, mentre l'8% dei servizi era arrivato a oltre il 50% di pratiche coercitive in meno<sup>35</sup>. Indicazioni positive vengono anche dal monitoraggio attuato attraverso il follow up della ricerca sui SPDC del Lazio, dal 2005 al 2011. Nell'arco di sei anni, il numero dei pazienti contenuti è diminuito di un quarto. Si è ridotta anche la media del numero di contenzioni per SPDC, così come la media del numero di ore di contenzione per servizio. Nessuna riduzione invece per la durata media delle contenzioni, che anzi è aumentata<sup>36</sup>. Ciò dimostra che la predisposizione di programmi specifici, ma anche la semplice attenzione ai casi di contenzione attraverso un attento monitoraggio, può raggiungere

32 L. Bowers, *On conflict, containment and relationship between them*, Nursing Inquiry, 2006, 13, 3, pp. 172-180; P. Sangiorgio, M. Polselli, Matti da non legare, 2010, cit., p. 8.

33 L. Bowers, *Safewards: a new model of conflict and containment in psychiatric wards*, "Journal of Psychiatry and Mental Health", 2014, 21, p. 507.

34 J. Conolly, *The Treatment of the Insane without Mechanical Restraints*, 1856; P. Cipriano, *La fabbrica della cura mentale*, Eleuthera, Milano 2013, p. 50.

35 *The Danish Council of Ethics statement on coercion in psychiatry*, cit., p. 7.

36 La media del numero di contenzioni è passata da 92 del 2005 a 57 nel 2011, mentre la media del numero di ore di contenzione per SPDC è passata da 1500 ore a 999 (dall'audizione di Pietro Sangiorgio).

risultati positivi, innalzando il livello di consapevolezza degli operatori circa il significato estremo della contenzione come violazione di un diritto. Ciò è tanto più vero in Italia, dove risulta che non sempre l'uso della contenzione sia annotato dai medici sui referti clinici. Un maggior rigore va dunque richiesto agli operatori, sia nel rispetto dell'etica della cura, sia nel rispetto del dettato di legge. Va ricordato che una recente sentenza di primo grado ha individuato gli stretti confini di liceità dell'intervento, indicando con chiarezza – pur dovendosi ricordare il dibattito in atto nella dottrina giuridica sul punto – che la contenzione meccanica è atto assistenziale illecito in sé (sicché, ne consegue, può essere consentita, in quanto “eccezionale, episodica e contingente”, solo quando ricorra una causa di giustificazione); inoltre, ha evidenziato che “la gravità, la pluralità e l'estensione temporale delle contenzioni meccaniche in un SPDC segnalano un consolidato contrasto fra prassi abituali e norme vigenti dello Stato”<sup>37</sup>. Se ne deduce per i sanitari il dovere di non omettere mai nel referto la decisione di legare il paziente. Non solo: vanno anche precisate in maniera circostanziata le ragioni e il contesto della causa di giustificazione di volta in volta invocata. Anche le istituzioni sono chiamate a fare la loro parte, in particolare le Regioni cui fa capo l'assistenza sanitaria. Ed è necessario offrire indirizzi più chiari. A livello nazionale, esiste il documento “Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione”, approvato dalla Conferenza delle Regioni il 29 luglio 2010. Il documento contiene una serie di raccomandazioni, di cui la prima riguarda il monitoraggio e la raccolta sistematica di informazioni sul fenomeno della contenzione (concernenti la durata della contenzione, le contenzioni notturne, la numerosità degli episodi di contenzione, la numerosità dei pazienti contenuti, le diagnosi associate alle contenzioni). Il flusso dati proveniente dai Dipartimenti Salute Mentale dovrebbe convergere a livello centrale regionale, in modo “da rappresentare uno strumento di osservazione della contenzione come evento sentinella”. Altre raccomandazioni del documento riguardano il monitoraggio dei comportamenti violenti, la formazione del personale per l'addestramento in situazioni critiche, la definizione di standard di struttura e di processo per la gestione degli atti violenti, il monitoraggio del modello organizzativo nel suo impatto sul numero degli episodi di contenzione, la verifica della gestione delle crisi, la promozione della “trasparenza delle strutture di cura al fine di migliorare l'accessibilità, la vivibilità, l'accoglienza de servizio e facilitare la comunicazione con l'esterno”. Sebbene molte di queste raccomandazioni siano condivisibili, sono però troppo generiche su alcuni punti e nell'insieme non appaiono sufficienti a imprimere un chiaro segnale in direzione del superamento della contenzione. A conferma di ciò, si osservi che le indicazioni dei vari piani regionali differiscono in maniera significativa: si va dalla Toscana, che nel suo piano sanitario e sociale 2012-2015, nel paragrafo sulla salute mentale, riconferma “il divieto tassativo di ogni forma di contenzione fisica” all'interno degli SPDC le cui porte “devono rimanere aperte” e raccomanda “un'attenzione continua all'appropriatezza del ricorso alla terapia farmacologica”<sup>38</sup>; al piano regionale salute mentale della Lombardia 2004-2012, che legge il documento delle Regioni come un invito a “regolare” la pratica della contenzione, rimandando a protocolli a livello di Azienda Ospedaliera, sia per la contenzione in ambito psichiatrico, che non psichiatrico, “pur riconoscendo la straordinarietà del ricorso alla contenzione, ma al tempo stesso consapevoli della numerosità del fenomeno in generale”<sup>39</sup>. Un esame alle linee guida sulla contenzione di una delle più importanti aziende della Lombardia, l'azienda Ospedale Niguarda, bene evidenzia l'ambiguità della linea regolativa. Fin dalla premessa, il documento prende atto che la contenzione è pratica “più frequente di quanto si possa pensare”: ciononostante, si preferisce ribadire in prima battuta “che la contenzione meccanica può rendersi necessaria in varie fasi di diverse patologie mentali”. piuttosto che sottolineare le ragioni (di ordine etico e terapeutico) per *non applicare* la contenzione<sup>40</sup>. Ancora più interessanti sono altri passaggi delle linee guida, che implicitamente testimoniano la diffusa e indiscriminata applicazione della contenzione. Nel paragrafo intitolato “Ricerca e utilizzo di soluzioni alternative”, è stilato un elenco lungo e variegato di “situazioni e comportamenti a rischio cui di solito si risponde con la contenzione fisica”: si spazia dai disturbi d'ansia,

37 Motivazione della sentenza di primo grado nel processo per la morte di Francesco Mastrogiovanni, depositata il 27 aprile 2013/T. Vallo della Lucania, 30 ottobre 2012 (dep. 27 aprile 2013), in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 12 giugno 2013.

38 Piano sanitario e sociale 2012-2015 della Regione Toscana, p. 181.

39 Piano regionale Salute Mentale 2004-2012 della Lombardia, pp. 156 e 158.

40 L'ambiguità suddetta è presente anche in altri passaggi cruciali del documento. Da un lato, sembra che la contenzione sia ritenuta possibile solo per i pazienti violenti, tanto che molta enfasi è posta sulla individuazione dei “pazienti a rischio” di comportamenti aggressivi; dall'altro, si enumerano una serie molteplici di disturbi “cui di solito si risponde con la contenzione fisica” che non hanno a che fare coi comportamenti violenti (vedi oltre).

all'agitazione psicomotoria, ai deliri e allucinazioni, alle alterazioni del ciclo sonnoveglia, alla prevenzione delle cadute, e perfino ai trattamenti terapeutici (farmacologici). È evidente che molte di queste situazioni – ad esempio i disturbi d'ansia e le alterazioni del ciclo del sonno - non sembrano rispondere al requisito dello stato di necessità e urgenza. Considerare semplicemente “auspicabile la ricerca di altre soluzioni” nei “comportamenti a rischio” enumerati, come scritto nelle linee guida di Niguarda, è un messaggio che non rende giustizia alla gravità del problema<sup>41</sup>. La richiesta alle Regioni di monitorare il fenomeno, già presente nel documento delle Regioni del 2010, diventa ancora più stringente in presenza di prassi abituali di ricorso alla contenzione. Sarebbe anche auspicabile l'istituzione di un monitoraggio nazionale, sulla base dei dati regionali, in modo da confrontare le politiche regionali e superare le disomogeneità. Andrebbero inoltre promossi e finanziati programmi per valutare i progressi nell'assistenza psichiatrica, stabilendo in maniera chiara il non ricorso alla contenzione come un fattore di qualità per la valutazione dei servizi. A tal proposito va ricordata l'esperienza statunitense, in cui stringenti limitazioni nell'uso della contenzione e dell'isolamento costituiscono fattori di qualità nella valutazione del servizio e rappresentano un requisito obbligatorio per le strutture che vogliono accreditarsi<sup>42</sup>.

## 8 - La contenzione e gli anziani

Si è detto che i soggetti più esposti alla contenzione sono i pazienti psichiatrici e gli anziani. Questi ultimi destano ancora maggiore preoccupazione, non solo per l'alto numero di anziani ricoverati e dunque possibili destinatari della contenzione; ma anche perché la pratica è ancora più sottaciuta e dimenticata di quanto non accada per i pazienti psichiatrici. In ambito psichiatrico, la contenzione è stata a suo tempo dibattuta nell'ambito del superamento del manicomio, anche se non sufficientemente, perché non si è prestata (e non si presta) la dovuta attenzione alla sopravvivenza della cultura manicomiale. Il dibattito è invece molto più scarso per gli anziani. Molteplici sono le forme di contenzione meccanica per gli anziani, volte a limitare la libertà di movimento dell'intero corpo o di parti di esso: dai bracciali per immobilizzare polsi e caviglie, alle fasce addominali per bloccare al letto o alla carrozzina, alle fasce pelviche, ai corsetti con bretelle o con cintura pelvica; ai tavolini per carrozzina, a vari tipi di camicie, come i “fantasmini”, che si indossano come una maglia lasciando libere braccia e mani ma impedendo alla persona di alzarsi dal letto, per arrivare alle “bandine” (sponde per letto). Si è scelto di enumerare le tecniche, poiché la loro sola descrizione offre un'idea di quanta sofferenza possano apportare e di quanto siano lesive della dignità della persona anziana. Da notare che molti di questi strumenti sono stati pensati per potenziare la possibilità di movimento e di azione, non per limitarle: è il caso del cosiddetto “tavolino servitore”, destinato a permettere l'assunzione del pasto alle persone sedute e che invece è spesso utilizzato per impedire all'anziano e all'anziana di alzarsi autonomamente e camminare. È in uso anche la contenzione farmacologica: si parla di contenzione farmacologica quando i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale sono finalizzati a limitare o annullare la capacità motoria e di interazione dell'individuo. Si tratta spesso di farmaci sedativi, antidepressivi e antipsicotici, che, in dosi eccessive, hanno numerosi effetti collaterali, quali sopore, confusione, agitazione. La contenzione farmacologica spesso si somma alla contenzione meccanica<sup>43</sup>. L'uso della contenzione è aggravato dallo stato di fragilità delle persone anziane. All'aumento di aspettativa di vita non corrisponde ancora un miglioramento della qualità della stessa, e la gran parte degli anziani negli ultimi 3/5 anni di vita è affetta da malattie invalidanti e demenze senili: sono questi i soggetti più colpiti dalla contenzione.

41 Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda, La contenzione fisica in ospedale, Evidence based Guideline, 2006 (revisionato nel 2008), pp. 4-10.

42 In particolare, nel 2000, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha deciso di applicare la “regola dell'ora”, in base alla quale la struttura che voglia accreditarsi deve provvedere a che i pazienti sottoposti a contenzione o a seclusioni siano visitati entro un'ora da un medico indipendente per una valutazione dell'opportunità della misura adottata (*Psychiatric News*, October 6, 2000).

43 L. Bicego, *Luci ed ombre sulla contenzione alle persone fragili*, in M. Mislej, L. Bicego, *Contro la contenzione*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2011; M. Mislej, L. Bicego, *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci Faber, Roma 2007.

## 9 - La diffusione della contenzione nelle strutture residenziali assistite e negli ospedali

Come si è detto, il fenomeno è sommerso e i dati sono assai scarsi. In un'indagine svolta in Italia, si osservano grandi differenze fra regione e regione. La diffusione della contenzione è confermata dal fatto che da molte parti si è proceduto a stendere linee guida e procedure operative<sup>44</sup>. Nel 2006, è stata condotta una ricerca nella provincia di Trieste, su 44 strutture per anziani su 100 presenti sul territorio. Al tempo della ricerca, il 63% degli ospiti erano persone autosufficienti o parzialmente autosufficienti. Diciotto strutture su quarantaquattro dichiararono di usare la contenzione, altre diciannove affermarono di non usarla, anche se a una indagine più approfondita risultarono in uso alcune misure di contenzione, quali i tavolini servitori e il sovradosaggio dei farmaci. Si possono citare anche dati provenienti dall'estero, dove il ricorso alla contenzione risulta frequente e per periodi prolungati, specie in ambiente ospedaliero<sup>45</sup>. Circa le variabili correlate alle strutture no restraint rispetto a quelle che applicano la contenzione, non incide solo la gravità dello stato di salute, ma anche l'atteggiamento del personale infermieristico rispetto al legare i pazienti<sup>46</sup>. L'orientamento e la qualità dello staff si riconfermano come fattori chiave, più importanti della dotazione quantitativa di personale: in uno studio su 15.000 case di riposo, non sono emerse differenze nel numero di personale fra servizi restraint e no restraint<sup>47</sup>. Su questa base, in alcuni paesi si è proceduto a interventi normativi per proteggere i pazienti, specie gli anziani più vulnerabili, dagli abusi. Si veda in America lo Nursing Home Reform Act del 1987 che contiene una Carta dei diritti delle persone accolte in strutture residenziali: fra i diritti enumerati, spicca il diritto a "essere liberi dalla contenzione fisica"<sup>48</sup>. Esistono inoltre evidenze circa la nocività delle pratiche di contenzione, non solo per gli effetti immediati, ma anche a più lungo termine: i soggetti contenuti soffrono di perdita di autonomia, di riduzione dell'attività, di aumento di morbilità e mortalità<sup>49</sup>. Gli effetti negativi si riversano non solo sugli individui che vengono legati, ma anche sul clima generale della residenza o del reparto, per la paura e lo sgomento degli altri assistiti che si prefigurano un simile futuro destino.

## 10 - Conclusioni e raccomandazioni

Il CNB ribadisce il rammarico per la generale carenza di attenzione nei confronti della contenzione, e in particolare della contenzione meccanica, la quale risulta essere tuttora applicata e in forma non "straordinaria". Ciò è tanto più grave, in quanto l'obiettivo del superamento della contenzione non è nuovo, ma è stato da tempo enunciato a diversi livelli istituzionali, nazionali e internazionali, non ultimo nel già citato documento CNB del 2000. Ed è tanto più preoccupante, in quanto la ricerca disponibile, seppure insufficiente, evidenzia che l'orientamento e la cultura dei servizi influiscono sulla scelta di adottare o meno la contenzione più dei comportamenti e delle caratteristiche dei pazienti. Ciò dimostra che si può fare a meno di legare le persone, e la presenza di reparti dove non esistono neppure gli strumenti della contenzione testimonia in questo senso.

In questo quadro il CNB:

.....  
44 Si vedano ad esempio: E. Zanetti, S. Costantini, *Usa dei mezzi di contenzione fisica*, Gruppo di Ricerca Geriatria di Brescia, 2001.

45 Cfr. O.J. De Vries, G.J. Ligthart, T. Nikolaus, on behalf of the participants of the European Academy of Medicine of Ageing-Course III, *Differences in period prevalence of the use of physical restraints in elderly inpatients of European hospitals and nursing homes [Letter]*, "Journal of Gerontology Medical Sciences", 2004, 59A, pp. 922-923.

46 Si veda ad esempio lo studio su 33 case di riposo e 12 unità abitative in Svezia per anziani affetti da demenza: i 540 ospiti, di età media di 82 anni, e i 529 operatori sono stati valutati al fine di individuare le caratteristiche ambientali che incidono sulla contenzione (S. Karlsson, G. Bucht, S. Eriksson, P.O. Sandman, *Factors relating to the use of physical restraints in geriatric care settings*, "Journal American Geriatric Society", 2001, 49 (12), pp. 1722-28.)

47 N.G. Castle, B. Fogel, *Characteristics of nursing homes that are restraint free*, "Gerontologist", 1998, 38, pp. 181-188.

48 N.G. Castle, V. Mor, *Physical restraint in nursing homes: a review of the literature since the Nursing Home Reform Act of 1987*, "Medical Care Research and Review", 1998, 55, 2, pp. 139-170.

49 Si veda lo studio retrospettivo su 122 morti in stato di contenzione: il 78% erano donne, di 81 anni di età mediana. Le vittime hanno trovato la morte legate a una sedia (42%) o al letto (58%). L'83% delle morti è avvenuto in casa di riposo.



- Ribadisce la necessità del superamento della contenzione, nell'ambito della promozione di una cultura della cura rispettosa dei diritti e della dignità delle persone, in specie le più vulnerabili.

- Condanna l'attuale applicazione estensiva della contenzione. È vero che la possibilità di usare la contenzione meccanica non è mai stata esclusa in via assoluta. Ma ciò dovrebbe essere interpretato come una cautela, rispetto a eventuali situazioni estreme di pericolo che i sanitari non siano in grado di fronteggiare in altro modo. Invece, questa "uscita di emergenza" – la si potrebbe definire – assolutamente eccezionale, che permette ai sanitari di derogare dalla norma di non legare i pazienti contro la loro volontà, si è troppo spesso tramutata in una prassi a carattere routinario. La tolleranza, concessa in casi estremi per un intervento così lesivo della libertà e dignità della persona, è stata erroneamente interpretata come una licenza al suo ordinario utilizzo.

- Ricorda a chi si prende cura delle persone sofferenti, ma anche alle istituzioni sanitarie competenti, che l'uso della forza e la contenzione meccanica rappresentano in sé una violazione dei diritti fondamentali della persona. La consapevolezza di questa violazione, con la responsabilità che ne discende, dovrebbe guidare l'azione quotidiana degli operatori sanitari e costituire uno stimolo alle istituzioni per adottare in maniera impellente tutte le misure possibili per raggiungere l'obiettivo del superamento della contenzione.

Il CNB raccomanda perciò alle Regioni e al governo di:

- Incrementare la ricerca sulla contenzione in rapporto all'organizzazione e alla cultura dei servizi, particolarmente per ciò che riguarda gli anziani e le anziane che sono i soggetti più inermi di fronte alle pratiche coercitive.

- Avviare un attento monitoraggio del fenomeno, a livello regionale ma anche nazionale. Ciò presuppone un'attenzione continua alla prassi quotidiana dei reparti: in particolare, si richiede agli operatori il dovuto rigore nell'annotare i casi di contenzione, le ragioni specifiche della scelta di legare il paziente, la durata della misura. All'associazionismo, e in particolare alle associazioni di familiari, deve essere riservato un ruolo di sorveglianza, di prevenzione, di promozione culturale.

- Predisporre programmi finalizzati al superamento della contenzione nell'ambito della promozione di una cultura generale della cura rispettosa dei diritti, agendo sui modelli organizzativi dei servizi e sulla formazione del personale.

- Usare lo strumento della valutazione per promuovere l'innovazione, introducendo standard di qualità che favoriscano i servizi e le strutture no restraint.

- Prestare la massima attenzione, in tempi di tagli alla spesa sanitaria e sociale, a mantenere e possibilmente a incrementare la diffusione e la qualità dei servizi rivolti ai soggetti più vulnerabili, in quanto tali più esposti a subire pratiche inumane e degradanti.

## **Appendice 4.1. - Le interviste biografiche condotte focalizzate sulla contenzione**

## **A [Intervista M1]**

Ho 50 anni, sono del 1964. Mezzo secolo

### **Mi vuoi dire qualcosa di te? Vuoi presentarti?**

Questo per me è un periodo un po' magro per il lavoro, in questi giorni non sto lavorando per problemi alla spalla, io lavoro nel settore edile. Per me io lavorando prima con mio fratello ho sempre avuto lavoro, adesso sono stato assunto fino a fine febbraio da un signore che ha preso un appalto ATC e quindi lavoro poi non so, diciamo che il lavoro non te lo garantisce nessuno

### **Abiti qui, questa è la tua casa?**

Abito qui e mi trovo veramente bene

### **Sei seguito da qualche servizio?**

Sì, sono inserito in un progetto della cooperativa S., sono seguito da loro, vengono a trovarmi una volta la settimana

### **E invece da un servizio pubblico? Ne hai uno di riferimento?**

Diciamo di no perché attualmente io prendo il lepomex, un farmaco.. e niente, me lo portano loro [operatori cooperativa] mentre tempo fa andavo al repartino, no, anzi al repartino è dove vado tutti i mesi a fare il prelievo, al Giovanni Bosco e prendendo questo farmaco devono vedere che i valori siano nella norma, i valori dell'emocromo

### **Perché il farmaco ha degli effetti su quello?**

Ma sinceramente sono già passati 15 anni e non ho avuto ricadute negative

### **Ma che effetti ha, a cosa ti serve?**

A me mi concilia il sonno, mi sono abituato, quando ho cominciato ne prendevo 375 mg che era tantissimo, e io volevo togliermelo del tutto perché ero in un repartino dei matti e io non volevo, non accettavo questa cosa

### **Spiegami..**

Non volevo sentirmi... poi piano piano ho scalato, mi han detto che quello che prendo adesso, 100 mg, è la dose che prenderebbe un bambino, e mi han detto fai finta che tu abbia un diabete e che prendi questi farmaci tutta la vita e stop. E mi son messo il cuore in pace. Mi è capitato una volta per dimenticanza di non prenderlo e praticamente non riesco a dormire, chiudo gli occhi ma rimango lì, sveglio, tutto qui e quello invece mi concilia il sonno

### **Ma quindi su questa questione del farmaco sei seguito da un CSM, giusto?**

Ma vado al Giovanni Bosco, al reparto, prima andavo alla Asl di via Leoncavallo, nei primi periodi, tanti anni fa quando mi è successo ero seguito da una dottoressa che ora non c'è più, e da una sociale che poi adesso lavora per l'infanzia e non ci siamo più visti. Per anni andavo lì a prendere farmaci, ricetta, ero seguito

### **Posso chiederti quanti anni fa hai cominciato ad avere rapporti con i servizi?**

Nel 97, 98 quindi sono 15, 16 anni fa, tutti, il primo rapporto in via Leoncavallo perché quando sono stato dimesso dall'ospedale mi hanno seguito loro, c'era una psicologa che mi faceva domande e mi spiegava le cose sul farmaco. Poi ho avuto una ricaduta perché vivevo con due fratelli con cui non vado d'accordo e era anche un periodo in cui bevevo parecchio, e prendevo anche il farmaco, e sono andato in ospedale a chiedere aiuto e loro mi hanno aiutato, sono riusciti a farmi entrare in questo progetto. Perché io lavoravo in una cooperativa sociale e guadagnavo 700 euro al mese e non ce la facevo a prendermi una casa e a mettere qualcosa da parte, anche perché ho questioni, cose vecchie, in casa dei miei fratelli.. poi anche grazie a questo progetto sono riuscito... poi adesso ho fatta anche domanda della casa [ATC] essendo in questo progetto diciamo che sono avvantaggiato anche perché qui risulterebbe senza fissa dimora e i tempi sono..

### **Perché non puoi mettere qui la residenza**

No, infatti, qui è una struttura dell'Asl, e ho il domicilio ma non la residenza, ho Casa comunale 1, per quella e serve per accelerare i tempi per la casa se no sarebbe stato difficile, c'è tanta gente che magari ne ha più bisogno di me, famiglie... se no i tempi chissà dove arrivano. Ma era insostenibile che io stessi sempre in quella casa, con i fratelli e grazie a dio sono entrato in questo progetto e diciamo che va benissimo. Mi dispiacerà andare via da qui perché so quello che lascio ma non quello che trovo

### **Senti ti è mai capitato di essere ricoverato in reparto?**

Una volta, mi è capitato solo nel 97 o 98.. adesso sono andato l'altro giorno a vedere le carte, le buste paga per capire.. poi sempre in quell'anno ho fatto un ricovero di pochi altri giorni e poi ultimamente due anni fa che sono rimasto un po' tanto, sono rimasto all'ospedale anche perché non sapevo dove andare, in quella casa [dei fratelli] non mi avrebbero mandato perché non riuscivano a tutelarmi, e sono entrato poi in questo programma, però tutti i mesi vado al reparto per i controlli, emocromo, peso, elettroencefalogramma... mi trovo bene, anche perché sono 15 anni che mi conoscono

### **Senti del primo ricovero cosa ti ricordi? Cosa era successo?**

È successo che sentivo delle voci, improvvisamente sentivo delle voci, ero convinto che Giovanni Falcone era ancora vivo

### **Ah, era lui il lui personaggio?**

Era lui e io collaboravo con loro per andare ad arrestare i criminali, i vari Reina e quella gente lì, ma facevo tutto con la mente mia

### **Ti eri messo in questo film.. e ti faceva stare male? Ti creava grandi problemi?**

No, non stavo male, ero appagato, però aspettavo il giorno che mi sarei realizzato nella cosa, che avrei avuto al conferma che era tutto vero, che non era una mia fantasia e quella cosa mi avrebbe appagato. Io non sopporto i Reina e quella gente lì e stimo molto polizia e carabinieri perché se non ci fossero loro.. molta gente mi chiama sbirro per via del mio carattere, ma cosa vuol dire? Preferisco essere sbirro che... io sono contro le ingiustizie

### **E quindi cosa è successo? Come sei finito in ospedale?**

Ci sono finito perché i miei fratelli mi hanno visto un po' strano, io camminavo tantissimo, andavo in via Roma, dappertutto dove la mia mente mi diceva di andare, mi han visto strano, mio fratello ha parlato con

mia cognata, la mia ex cognata – abbiamo anche adesso un buonissimo rapporto – e son venuti a casa degli psicologi di via Leoncavallo e io ho chiamato la polizia

### **Hai chiamato al polizia quando hai visto gli psicologi?**

Sì ho chiamato dicendo che le psichiatre mi importunavano e quindi, mi sono ritrovato al Giovanni Bosco ricoverato

### **Quindi ti hanno fatto un TSO?**

Esatto, un TSO, io mi ricordo che c'era un poliziotto e i vari psicologi dell'ospedale e non volevo farmi sta puntura, mi nascondevo dietro.. perché avevo paura che mi facessero del male, pensavo che era la mafia..

### **Ma loro non ti hanno spiegato cosa succedeva, cosa ti avrebbero fatto?**

Solo che dovevo fare questa puntura, poi involontariamente una infermiera si è fatta male a una mano e io allora ho detto va bene, fate sta puntura. E sono andato a vedere il mio programma [TV] che è il Tappeto volante, il mio preferito con Rispoli e Roberta Capua... e nel film praticamente Roberta Capua sarebbe diventata mia moglie, no? Me la sono scelta bella.. e bene, niente, tutto lì

### **E non ti hanno trattenuto fisicamente?**

Allora io mi ricordo che ero libero, allora c'era.. adesso poi hanno costruito una struttura, accanto, allora c'era un parco e io mi ricordo che ero libero, mi sono messo a pulire il giardino dalle foglie. E mi ricordo che quando sono rientrato e adesso giuro la motivazione non me la ricordo, vorrei capire cosa è successo, mi son sentito prendere e mi hanno poi contenuto, mi hanno legato. Mi sono svegliato legato

### **E non era successo nulla di..**

E non mi ricordo niente, ma io sono convinto che sia stato il farmaco a provocarmi una reazione, perché io mi conosco, io non ho scatti violenti

### **E loro dopo non ti hanno dato una ragione?**

Ma diciamo che io non ho mai posto la domanda di quello che era accaduto, però mi ricordo benissimo che ero legato e proprio alla David Copperfield perché avevo le mani e i piedi legati così. E sono riuscito con la mano a togliere una molla dal letto, perché io tiravo così, tiravo e tiravo, ero sedato ma mi sentivo contenuto, legato, stavo malissimo.

### **Che sensazione, che sentimento provavi?**

Di essere inerme, impotente. Pativo e tiravo tiravo e non riuscivo a slegarmi, e poi con le mani studiavo e ristudiavo... vedevo che c'era qualcosa di ferro e questa molla che sono riuscito a togliere con le dita dal letto, praticamente c'era un macchinetta con due fori ho girato ho allentato e mi son liberato. E quando loro sono arrivati ero tutto spaparanzato nel letto tranquillo e mi hanno beccato.

### **Ma eri da solo nella camera?**

Sì mi han messo dove adesso c'è l'ingresso dove fumano, era una sala, mi ricordo che gridavo, infermiere! Infermiere! gridavo, poi saltavo ed essendo legato mani e piedi saltando saltando e saltando il letto camminava e sono arrivato alla porta, e loro non riuscivano a entrare, dovevano spingere. Poi sono venuti i miei fratelli,

a trovarmi, io avevo le palpebre pesanti e non riuscivo a parlare. Però mi permettevano di fumare, fumavo però da legato.

### **Come facevi?**

Eh facevo il contorsionista, così.. pur di fare una nota di sigaretta..ero un fumatore accanito, mi sarei fumato anche un cetriolo o una zucchina!

### **Ti ricordi quanto sei stato in quella condizione?**

Mah, non penso più di tre o quattro giorni. forse anche di meno non lo so. Però mi ricordo che prima che accadesse a me questa cosa c'era un altro ragazzo che era legato, contenuto e quando poi io mi sono svegliato che non ero più legato era slegato anche lui. E io mi ricordo lui e dicevo a me non mi legano perché son tranquillo, non avrei mai pensato.. son convinto, penso, ma dovrebbero dirmelo anche loro, mi son posto la domanda, che la cosa è stata causata tutta dalla prima somministrazione del farmaco, il leponex, poi non lo so... e poi prendevo anche altre pastiglie, insieme, loro all'inizio, l'ho detto prima, mi hanno portato fino a 375 mg, poi ho scalato, e prendevo però anche qualche altra pastiglietta, ma per poco tempo

### **Ti ricordi qual era l'atteggiamento dei medici e degli infermieri in quel momento lì?**

Ma sinceramente non mi hanno mai trattato malissimo, anzi, tutto quello che le ho detto, alla psicologa! Le parolacce e tutto, è stata una santa, ma poi loro lo sanno che non ero io, era il mio inconscio, loro hanno studiato e hanno anche visto che tipo di persona sono io, non mi hanno punito perché ho detto le parolacce, ero lì perché dovevo essere curato e aiutato. Anche se io ero convinto che stavo bene, io stavo bene, però.. era una cosa fuori dal normale, ecco. Certo che se poi Falcone era vivo veramente era un altro discorso, allora avrei avuto ragione io!

### **Senti ma mentre eri legato loro c'erano? Venivano? Oppure eri da solo?**

Ma io mi ricordo che ogni tanto venivano ma torno a ripetere, ero sedato e un po' incosciente, palpebre chiuse, io solo dovevo fumare, fumare, fumare....

### **E dopo questa volta si è più ripetuta questa esperienza di contenzione?**

No, mai

### **Però mi dicevi hai avuto altri due ricoveri**

Sì, uno subito dopo perché non stavo bene e alla fine sono entrato in una cooperativa sociale a lavorare, perché logicamente quello mi teneva impegnato e non lavorare per me era un handicap, loro hanno fatto un foglio dicendo che prendevo il leponex e tutto quanto, però ero in grado di lavorare ed ero autosufficiente e tutto quanto, diciamo che il farmaco non mi impediva di lavorare e lavorando poi le cose si sono messe meglio. E poi l'ultimo ricovero perché non andavo d'accordo con i fratelli, io prendo il leponex, se io di notte mi sveglio malamente, un po' che sono emotivo un po' il farmaco, non dormo più, e a casa mia c'erano delle cose fuori dal normale, potevi svegliarti di notte e dovevi magari togliere di mano il coltello al fratello, che si sarebbero ammazzati, eravamo in quella casa diciamo abitué di polizia, ambulanze e carabinieri, li conoscevo tutti quanti perché ... io di notte mi svegliavo e dividevo i miei fratelli per queste cose. E sono andato al Giovanni Bosco e ho raccontato queste cose e mi hanno tutelato

### **In quel caso hai chiesto tu il ricovero?**

Sì sì ho chiesto io, hanno detto vuoi fermati un po' qui e ho detto di sì, mi sono fermato, poi però sono collassato, nel senso che, me l'han raccontato il giorno dopo, ero pieno così di Vecchia Romagna, no?, e essendo bevuto sono andato lì e ho chiesto aiuto, m'han poi raccontato che ho vomitato, e mi hanno aumentato di poco il leponex e dato delle tavor, avevano trovato i valori del fegato un pochino sballati. Tutto lì.

### **Sei rimasto per un po'?**

Sono rimasto lì alla fine perché a casa non potevo tornarci, mi han parlato di Villa Cristina e io ho detto non mi sembra un aiuto, mi sembra più un castigo e il dottor M. mi ha detto non ti preoccupare, verrà una persona e vediamo cosa fare. E così ho conosciuto il primo della cooperativa S., il primo operatore

### **Quindi in quel caso lì il ricovero ti è servito a tamponare una situazione**

Mi è servito perché adesso son tranquillo, qui a casa non vado in giro, se voglio vedere qualcuno me lo cerco io ma non mi sveglio la notte, con vetri rotti, sangue e bottiglie, violenza inaudita. Che tra l'altro lo hanno verificato anche loro, perché sono venuti i fratelli all'ospedale e si sono resi conto perché G. è venuto che aveva una ferita sopra il collo, lo aveva tagliato e dunque si sono resi conto che veramente io in quella casa non ero tutelato.

### **E senti ma com'è una giornata nel reparto del Giovanni Bosco? Una giornata normale, quando sei lì, non contenuto, intendo..**

Ma per la verità io lo conosco talmente bene che... poi ci sono periodi che magari fanno dei lavori, cambiano i colori dei muri o spostano una stanza...ma per il resto lo conosco, e io stavo benissimo, i materassi erano comodissimi, l'unica cosa che non mi andava giù, nel primo periodo, perché io sono un po' vergognoso per queste cose, ma forse era il farmaco, perché ho visto anche altri ragazzi che erano lì, che se la facevano addosso, praticamente di notte dormivo, dovevo andare al bagno ma invece la facevo nel letto, ed ero vergognoso, mi capitava solo di notte. Comunque per me già il solo fatto di avere una tranquillità, andavo a dormire e mi svegliavo la mattina, alle sette, ed ero lucidissimo e riposato, fisicamente e mentalmente, facevo la mia colazione e rispettavo degli orari, la sera a letto e la mattina mi alzavo, ed era una cosa fuori dal comune, non ero più abituato. Anche perché lavorando per 13 anni con la cooperativa, io alle 6 del mattino ero già operativo e se non dormivo la notte era terribile, già prendevo il leponex se anche non dormivo... era stanco stanco stanco, fisicamente e mentalmente. Però nonostante tutto sono riuscito a tenere il lavoro per 13 anni, poi me ne sono andato io perché non mi hanno dato la possibilità di realizzarmi, io ho fatto di tutto

### **Perché dici questo?**

Ma perché quando sono andato lì mi hanno detto tu che mestiere fai e io ho fatto tutti i mestieri, tranne quello..

### **Ma dov'eri?**

Alla cooperativa N., mi hanno assunto tramite l'assistente sociale, mi hanno assunto e son stato 13 anni, e loro sapevano che io ho le mani d'oro, tutte le scuole che avevano le chiavi in mano io ho fatto la proposta datemi un mezzo e le attrezzature e c'è da aggiustare una lavagna, io vado, un rubinetto? Vado. Una piastrella rotta?.. e non mi hanno dato la possibilità di mettermi a 8 ore, ma io avrei avuto la possibilità di un altro stipendio e potevo andarmene via da quella casa dove vivevo troppo male.. A parte che sarei stato meglio in un carcere, la mia stanza era piccolissima perché abbiamo diviso le stanze, in pratica c'era un termosifone in comune in due, metà di qua e metà di là. E poi le finestre, se la mia porta era tutta aperta l'altro doveva tenerla chiusa, allora metà di qua e metà di là, era un buco e poi vivevo malissimo per questa cose che succedevano

la notte. E niente, non mi hanno dato la possibilità di fare più di 5 ore, un part time, e allora me ne son andato dicendo magari trovo qualcosa di meglio. E infatti ho preso di 13 anni 3000 euro di liquidazione, poco. E così, poi tutte le cose messe insieme, il castello di carta è caduto e sono andato lì all'ospedale. M. io lo conoscevo già, la dottoressa D. anche, e poi C., conosco tutti, la maggior parte delle infermiere, qualcuno nuovo, ma ci sono infermieri che conosco benissimo, da 16 anni

**E dunque hai dei buoni rapporti. Secondo te al Giovanni Bosco ti senti rispettato?**

Sì rispettato, e anche sono molto professionali. Quando ero lì che stavo aspettando di uscire per entrare in questa casa, c'era un ragazzo che ha avuto uno scatto, probabilmente la stessa cosa che era accaduta a me quando mi han legato, e era per terra, io stavo fumando e lui vomitava e ci siamo resi conto che c'era qualcosa che non andava ma nello stesso momento c'era una infermiera che non si è sentita bene e questo alla fine si stava strozzando. E arrivata una infermiera che conosco molto bene e con un bisturi ha tagliato il laccio del marsupio con cui questo ragazzo si stava strozzando e lui ha cominciato a prendere respiro. Poi lo hanno immobilizzato, ho dato una mano anch'io, il dottore ha detto dagli tot di non ricordo più quale medicinale, e bon e non l'ho più visto.

**Da quando sei qui nella tua casa e le tue cose a posto non hai avuto più bisogno di andare a chiedere un ricovero?**

No, no. Anche perché sono seguito da loro [educatori cooperativa] e mi dicono per qualunque cosa chiama, io tante volte non li voglio disturbare non chiamo però loro dicono qualunque cosa chiama. Ho chiamato due volte, perché ho dimenticato la chiave dentro e siccome loro hanno una copia.. e mi è dispiaciuto averlo disturbato per una cosa così. Per il resto va tutto abbastanza bene.

**Non c'è nulla che vorresti di diverso in questo sistema che si occupa di te? Perché i servizi funzionassero meglio..**

Sinceramente ora non mi sento di chiedere niente di più e mi sento un privilegiato, io sto bene perché non ho più i problemi che avevo a casa, di violenza e quindi mi sento un privilegiato. Ci sono altre persone che non sono autosufficienti come me, che lavoro e sono indipendente

**Posso chiederti cosa pensi tu della contenzione, del legare le persone? Pensi che sia necessario o che non si dovrebbe fare?**

Ma qualche volta... quel ragazzo di colore che si stava strozzando che ti ho detto prima, dopo si era ripreso e ha fatto una corsa in fondo al corridoio ed è andato con la testa verso il muro deciso come quando sei in area col pallone e vai deciso che devi segnare! Era pericoloso per lui e per gli altri, e penso che l'unica alternativa sia quella, penso, se sei un pericolo per te e per gli altri. Io penso che mi abbiano legato per quello. Grazie a dio ora non fanno più l'elettroshock, io avevo quella paura

**Qualcuno li fa ancora, qui non so ma..**

Davvero? E terribile, ma come può aiutarti una cosa del genere?

**Sono d'accordo con te ma qualcuno pensa che sia utile e spero che tu non abbia questa esperienza**

No, no, legato si ma.. imbavagliato no, perché gli gridavo di tutti i colori, se ero al posto loro mi mettevo un tappo col bavaglio! Gridavo come un pazzo, infermiera! Se qualcuno voleva dormire di certo non ci riusciva, mi sentivano anche lassù in chirurgia... perché essendo legato l'unica cosa che avevo di forza era spingere e addirittura alzavo il letto e lo facevo camminare, e poi tutta la disperazione era sul vocale e gridavo come un



pazzo, questo me lo ricordo. Un po' debole, ero debole e sentivo le palpebre andare giù, ma avevo una forza fuori dal comune, la mia disperazione era tutta lì, come un matto gridavo, però non mi hanno imbavagliato! [ride]

**Senti, mi dicevi che con il CSM di via Leoncavallo non hai un gran rapporto, non ci vai..**

Le prime volte andavo, poi ho smesso, in ospedale mi facevano i prelievi e tutto che, che ci vado a fare? però avevo dei buoni rapporti, quando avevo bisogno di qualcosa.. perché le prime volte andavo e mi facevano loro la ricetta, per il leponex, perché avevo l'esenzione e queste cose qua, a volte me la facevano in ospedale e adesso me le portano loro, [educatori cooperativa] e andavo anche così per farmi vedere ogni tanto, poi la mia dottoressa è andata via, sono arrivati dei sostituti, comunque loro scrivevano, avranno tutto negli archivi, tutto il percorso che è successo loro lo sanno benissimo.

**Senti hai avuto mai problemi nei rapporti con gli altri a causa dei tuoi problemi, di queste voci che sentivi?**

No, perché io oggi l'ho testimoniato a lei ma non è che di solito vado in giro a dire..

**No, certo, lo tenevi per te**

Non lo dicevo perché per Falcone poteva essere un pericolo, pensavo che se loro scoprivano che era vivo gli sarebbe accaduto qualcosa. E poi era tutto la mia testa che faceva quelle cose lì, per dire vedevo una macchina bianca Tema con un lampeggiante dicevo ecco, alé... poi telegiornali a go go, addirittura mi guardavo il telegiornale quello americano, di notte... Tappeto volante per Roberta Capua che ero convinto sarebbe diventata mia moglie...

**Eri innamorato..**

Sì, ma virtuale, se si sarebbe avverato mi sarebbe piaciuto! Sia lei che nello stesso momento Falcone, no? Perché lei mi ha accettato proprio perché io avevo fatto questa cosa che era grande, con Falcone e tutto

**Eri un eroe..**

No, eroe, però una persona speciale

**Questo film è finito o prosegue?**

No, è finito, però a volte ci penso e a volte rido altre volte mi dispiace, ci sono momenti in cui c'è qualcosa che ricordo di più, e mi porta come dire in un brano di quel film, in base a qualcosa che accade, per esempio una cosa che sento in quel momento al telegiornale, quell'accenno mi porta un ricordo e mi porta indietro. Non sempre, a volte, magari mi ricordo che ero in via Po, ero qui ero lì, io ho una buona memoria.

**C'è ancora qualcosa che vuoi dirti della tua esperienza, o dei servizi?**

La mia esperienza, se era tutto vero non sarebbe stata una brutta cosa, eh... per quanto riguarda l'ospedale e il reparto posso dire solo grazie, loro mi hanno aiutato e basta. Io sono una persona riconoscente, anche se loro non vogliono farmi pesare questa cosa, lo dico io, loro dicono lo facciamo perché dobbiamo e perché è giusto

**E l'esperienza della contenzione, l'hai messa nel passato?**

Sì, mi ricordo l'infermiere che mi ha preso per il collo però poi ho detto due più due fa quattro, l'ha fatto per me, sicuramente non mi voleva fare del male, ma quando sei in quello stato lì hai una forza fuori dal comune e io poi sono sempre andato in palestra e ho fatto il muratore e la forza non mi manca, e per potermi bloccare era costretto a fare una cosa del genere se no non mi avrebbe bloccato

### **Quindi ti sei dato una ragione, di quel gesto**

Eh sì, quando ho visto.. l'ho capito e mi sono detto qua più mi agito e peggio è, mi sono lasciato andare e niente, mi sono trovato legato. Però non è che mi han picchiato, mi hanno solo immobilizzato e contenuto.

### **Senti grazie, sei stato molto disponibile a raccontarmi la tua storia**

Ho cercato di essere il più onesto possibile, se no non avrebbe senso

## **F. [Intervista F1]**

Dopo che ci siamo parlate in questi giorni in itinere ho anche avuto occasione di confrontarmi con il "mio" psichiatra su questa cosa della contenzione

### **Puoi dirmi solo la tua età?**

Ho 40 anni.

### **Vuoi dire qualcosa di te per presentarti? Quello che vuoi, anche a prescindere dal nostro tema**

Io ho avuto una vita molto... [pausa] fortunata, no non fortunata, normale, ero brava bella simpatica, bravissima a scuola, iper responsabile, fin da piccolissima molto indipendente e molto autonoma che già dai 4 anni si faceva le sue cose da sola e non voleva che nessuno le rompesse le palle, prendevo, andavo,viaggiavo, facevo, mi organizzavo, stavo in mezzo agli amici, avevo i fidanzati... insomma, così. Ho fatto anche tantissima danza classica, e a 17 anni, è stato imputato a quello, i miei primi segni di disagio diciamo si sono manifestati in quell'ambito lì, quando il mio maestro francese vedendo il corpo femminile ha cominciato a bacchettare. Io ero comunque esilina, ero alta 1.62, 1.63, nell'età dello sviluppo pesavo 46 chili, ero magrina ma avevo il ciclo, ero in salute. Ma lui mi passava non molto velatamente questo messaggio, che il corpo femminile era un po' da penalizzare, non era tanto bello. Lui era un gay dichiarato

### **E però sembra una contraddizione, uno che fa danza del corpo dovrebbe avere...**

No, perché il corpo della ballerina classica è un corpo etereo e filiforme, poi ho avuto anche altri insegnanti con cui facevo danza contemporanea e che mi piacevano anche di più, ma probabilmente nella mia sensibilità fin da bambina lui aveva toccato un nodo dolente, per cui mi son portata avanti questa immagine, che io dovevo essere un essere senza corpo. Quando poi ho cominciato a viaggiare, un'estate tra la quarta e la quinta superiore, son stata via praticamente tre mesi e mezzo, girando l'Est europeo, in Polonia e di là... e son tornata che ero dimagrita tantissimo. Avevo provato questa ebbrezza di mangiare pochissimo, viaggiavo tutto il giorno, sui treni e su e giù, mangiavo una mela al giorno, e avevo questo grande senso di libertà. Poi tornata a casa mi sono resa conto che.. anche perché in famiglia e anche gli altri me lo facevano notare, sei dimagrita, ma non stai tanto bene, non stai tanto bene, ma io mi sentivo bene, e invece non stai tanto bene, non stai tanto bene, e quindi questo mangiare, anche andare a fare una pizza tra amici... e anche a

casa, a casa mia non si è mai mangiato tanto ma insomma anche un pasto normale a casa, era troppo. E ho cominciato a vomitare, perché non potevo dire che non volevo mangiare, e ho capito che non era proprio normale, per non poter dire certe cose che in realtà mi facevano stare bene, che non volevo mangiare, che stavo bene, e allora ho capito che dovevo farmi aiutare, parlare con qualcuno

### **Avevi 17 anni? E hai deciso tu quindi di farti aiutare**

sì, perché mangiavo e mi partiva subito lo schizzo, andavo a vomitare, ho detto c'è qualcosa che non va, anche se mi faceva godere tantissimo... un ansiolitico pazzesco! e poi, questa modalità di sfogare le mie ansie in questo modo, andava avanti così, in realtà il peso lo mantenevo abbastanza ma quando mi si accumulava questo malessere di fondo, questo malessere di vivere, io capivo che quella era la mia modalità per disfarmi di qualcosa che non volevo. Sono stata mandata dal mio psicoterapeuta che mi seguiva da X., alle Molinette, al reparto DCA, disturbi del comportamento alimentare, dunque non il reparto [SDPC] ma la psichiatria clinica, che condivideva con Y. E li facevo anche i colloqui.

Poi però la mia vita è andata avanti, ho studiato medicina, ho avuto dalla mia la fortuna di essere sempre molto vitale, avere tanti interessi, fare le cose che mi piacevano, cinema e teatro, ho smesso danza perché non ce la facevo più per i tempi..

### **Quel primo supporto psicologico ti è servito?**

È stato l'inizio, diciamo, io poi ho continuato a fare colloqui con una psicoterapeuta ma in reparto, dove c'era una équipe multidisciplinare, è stato importante, ho trovato degli psichiatri stupendi, che mi hanno proprio ascoltata, ed era necessario per il mio problema monitorizzare anche la parte clinica, non prendevo farmaci, ma non dovevo perdere peso e quindi andava monitorata la parte clinica. Era un prendermi in carico in modo globale e io mi sentivo presa in carico, certo con tutte le liti che ci facevo... all'inizio io non sapevo qual era la domanda che facevo allo psicoterapeuta e lo psicoterapeuta non sapeva che risposta darmi, per cui parlavamo tanto ma io uscivo di lì dicendomi: ma cosa ho detto? Non ho detto niente. Adesso ancora sono in psicoterapia ma adesso, dopo vent'anni, ogni volta che ci vado dico ah cazzo sì... ci siamo parlati, ci siamo incontrati.

### **E la tua vita è andata avanti..**

Sì, è andata avanti e poi ci sono stati dei momenti, e sempre più frequenti nel corso dell'università, dei momenti in cui crollava la mia situazione clinica e crollando questa crollava anche quella psicologica perché voleva dire che stavo perdendo il controllo, e dovevo essere ricoverata. E dunque sono stata ricoverata a F. per un mese, poi a S., a V., sono stata ricoverata, avendo dato gli esami di medicina, sul lago

### **Scusami, questi ricoveri erano richiesti da te o predisposti da altri?**

Erano sollecitati dall'équipe, dal mio psichiatra e dal mio nutrizionista, che adesso è ancora nutrizionista a Cuneo, perché c'era una carenza clinica, dicevano prendiamoci un momento di pausa..

### **Ma erano ricoveri in reparto psichiatrico?**

Di solito erano in cliniche per disturbi alimentari o cliniche convenzionate, poi anche... sono stata svenata, economicamente, a F. pagavo un milione al giorno!

### **Questo perché il pubblico non ti dava delle risposte?**

Questo perché una volta che sono andata alla clinica di S., che era convenzionata con il pubblico, quella

volta che sono andata mi hanno bombardata di farmaci, e io non mi ricordo assolutamente niente. Ero arrivata lì, mi ero portata da leggere e da fare la maglia perché mi hanno detto che dovevo stare lì un po' di tempo, ho detto va bene, tanto era d'estate e ho detto salterò la sessione autunnale di esami, io della sera stessa non mi ricordo più niente, ricordo solo che non vedevo più, non riuscivo a vedere, mi ricordo una megera che arrivava con le chiavi, tran tran tran, mi misurava la pressione, mi dava un beverone amarissimo e mi misurava la pressione la mattina e la sera e bon. Questo beverone mefitico e... niente. Quando son tornata alle Molinette, e per questo dico che ho avuto degli psichiatri ad hoc, mi han guardata e mi han detto ma cosa ti hanno fatto?

### **Ecco ma gli invii per esempio a questa clinica, a questo trattamento chi te l'ha prescritti?**

Ma in questo caso una amica dei miei, la sorella del professor F. che era il direttore di quella clinica

### **Quindi non i "tuoi" psichiatri?**

Loro dicevano hai bisogno di aiuto e se c'era posto mi ricoveravano da loro, e da loro ne uscivo bene, ne uscivo ristorata, era quel mese di pausa in cui ristabilivo un ordine anche alimentare, ricominciavo a.. tutto contrattato, no? A prendere quel tot di peso, perché se vomitavo troppo... un contenimento, non hai cibo se non quello che ti diamo noi. Però non era sempre possibile, perché c'erano le liste d'attesa, magari potevano tenerti solo un mese, tre settimane e invece avevi bisogno di più tempo per riordinarti un attimo, per cui capitava che andassi in queste cliniche. Cos'anno fatto poi quelli delle Molinette? Un wash up in un attimo per ripulirmi dei farmaci, mi dicevano ma cosa ti hanno fatto...

### **Ma quindi c'era anche disaccordo tra medici sui trattamenti?**

Ma sì, quando sono andata sul lago c'era l'alimentazione forzata, si provavano diverse strade, quella si è visto dopo due giorni che non era per me, mi sbattevano fuori perché dicevano tu non segui il programma non prendi quello che ti diamo noi.. poi abbiamo riprovato, ma non era la mia strada. Abbiamo provato tante strade anche con i miei terapeuti, abbiamo fatto un percorso anche di ricerca per trovare come gestire il mio caso. Sono stata al C. di XX, dove...mah, più o meno..

Sono arrivata poi a perdere davvero la capacità di gestire questo mio sintomo, intorno al 2007, ero già laureata e lavoravo già da un bel po', io appena laureata, nel 2000, nel 2001 abilitata ho subito cominciato a lavorare, guadagnavo tanto anche 9000 euro al mese facendo la libera professione, sono andata ad abitare da sola, e dunque pur avendo costruito tanto, ho convissuto con la persona con cui stavo per un paio d'anni, e... comunque son crollata. Nel 2007 ho cominciato a perdere il controllo di queste cose e siamo arrivati al TSO, a un certo punto. E me ne hanno fatti tre di seguito, di TSO

### **E senti - ma se ti faccio delle domande che ti infastidiscono, dimmelo - qual è stato il primo evento critico che ha giustificato un TSO?**

Che io mi sono prescritta – perché ero medico e mi prescrivevo i farmaci – mi ero prescritta una cartina di Lasix, perché avevo preso due etti... e mi son trovata con il potassio a zero da arresto cardiaco e quindi mi han portata di peso e mi hanno detto se tu ti fai male così e perdi peso e non mangi, e noi ti mettiamo le flebo perché hai bisogno di liquidi e tu ti strappi le flebo, finché hai le flebo noi ti dobbiamo legare.

### **Ed eri in reparto alle Molinette?**

Sì uno me lo hanno fatto alle Molinette, ed è stato tremendo, tremendo anche perché.. lì sì ho patito [pausa] il ghigno satanico delle persone, degli infermieri che mi legavano

### **Perché dici satanico?**

Perché mi prendevano proprio in giro. Lì sì mi hanno legato. Lì funzionava così: innanzitutto ti leghiamo perché se ti strappi le flebo di potassio... sei 25 kili e dobbiamo nutrirti, figliola... non potevano nutrirmi in nessun modo, mi davano una fetta biscottata e io l'andavo a vomitare. Allora la modalità che hanno concordato con il mio nutrizionista – io la capisco adesso ma allora..- allora, ti diamo da mangiare quelle quattro fette a colazione e ti leghiamo al letto, così non vai a vomitare. Poi, ti sleghiamo all'ora di pranzo, ti mettiamo lì quel po' di verdura e di carne, la mangi, e non la vuoi mangiare non la mangi, oppure la mangi ma in ogni modo dopo ti rileghiamo al letto fino all'ora di cena, a cena ti risleghiamo, mangi e poi ti rileghiamo... e così sono passati i giorni

### **Quanto sei stata in queste condizioni?**

Tre settimane. No, non proprio lega-slega tre settimane, perché se si vedeva che io mangiavo anche se niente, ma mangiavo magari una briciola ma la tenevo, decadeva subito il legarmi

### **Era una sorta di premialità, il non legarti?**

Sì esattamente. Oppure se proprio non ce la facevo a stare legata piuttosto non mangiavo niente, se non mangiavo non mi legavano. Non è che sia stata una grande soluzione, anche perché a un certo punto c'è stata necessità di mettermi i sondini, io non me lo ero mai fatta mettere, me lo strappavo sempre, me lo hanno messo e mi hanno tenuta legata 24 ore perché hanno detto almeno un kilo te lo facciamo prendere. Non appena hai preso questo kilo te lo togliamo

### **Perché prima dicevi il ghigno degli infermieri?**

Perché mi ricordo che ero legata, avevo davanti dei pomodori e una fetta di carne, ora non so..., giocava l'Italia e dall'altra parte stavano tutti guardando la partita e io ero legata al letto e gli infermieri si erano fatti portare le pizze e forse anche per qualcuno degli altri ricoverati perché era giornata di festa per l'Italia che giocava, e l'infermiere veniva davanti a me con la pizza facendo magia tu che magio io... e io ero tutta un livido perché la mia rabbia era a palla, in quei giorni lì mi dimenavo, con queste.. ma già da subito, appena me le hanno messe, ero tutta una escoriazione, io non stavo ferma, anche perché non prendevo farmaci, e la mia rabbia veniva fuori tutta. F. quando ero in reparto da lui, quando mi venivano le crisi di rabbia, lui mi aveva dato le chiavi del suo ufficio e aveva dato disposizioni, riempivano l'ufficio, tutto bello, l'ufficio del cattedratico... lo riempivano di cuscini e di materassi e dicevano tu stai lì dentro finché non ti sfoghi, vatti a sfogare lì, vai a picchiare i cuscini. Quello mi serviva, scusate vado un attimo in ufficio, e picchiavo i cuscini, me lo autosomministravo..

### **Questo avveniva in un altro momento e non nel reparto?**

Sì in quel caso ero su da loro [CDA]. Invece lì... con quelli mi ricordo un rapporto pessimo, un odio pazzesco.

### **Con gli infermieri. Invece con i medici?**

I medici non c'erano, non li vedevi. E un estremo dolore, letto anche negli occhi dei medici del reparto su che a volte passavano

### **E non avevano potere su questa situazione?**

No, è che... avevano paura che io morissi. Appena hanno potuto mi hanno ripresa loro, dicevano sappiamo

che non serve a niente nel tuo caso, serve solo a farti arrabbiare di più. Però c'era proprio una necessità mi sarebbe venuto un coccolone, come facevano a lasciarmi così? La contenzione che posso dire mi è servita è invece quella legale

### **Cosa intendi?**

Quella che mi è venuta e dall'ordine dei medici e dalle Molinette quando sono arrivata al Martini con zero di potassio, alla fine del 2008, e non sapevano se avrei passato la notte. E han detto ma che senso ha farle un altro TSO? Facciamo partire l'ingiunzione giudiziaria, nel senso ti mettiamo un tutore alla salute, solo alla salute, per tutto il resto no. Però tu ti devi curare.

### **Ma cos'è? Una specie di incapacitazione diciamo parziale?**

Nel senso che tu non puoi tornare a casa, devi curarti, devi stare in una situazione, in una struttura adatta

### **Scusami, ti faccio delle domande perché davvero io non so e tu sai, ma detta così mi sembra un modo per protrarre il TSO...**

Esattamente, però comunque per non fare il TSO in un reparto, ma in altra struttura, che loro avevano già individuato, hanno detto tu hai bisogno di un percorso comunitario e sono andata in questa comunità, eravamo sei ragazze, la comunità poi ha chiuso, ci sono stata tre anni e mezzo. Una villetta in campagna, isolata, distaccata dalla famiglia per un anno e mezzo, in questa condizione se loro fossero venuti a prendermi sarebbero stati denunciati per sequestro di persona, io non mi potevo dimettere perché avendo questa forma di tutela sarebbero venuti i carabinieri a riprendermi. La tutela poi è decaduta per fortuna, ma in quel momento nemmeno i medici avrebbero potuto dimettermi. Ero costretta a stare lì. Sola con me stessa, una contenzione legale. Però lì io ho toccato il mio dolore fino in fondo, lì sono "morta". Sono andata a toccare le parti più dolorose, anche se quando sono arrivata ho detto, io mi metto qui e non faccio niente, che me ne fotte, mi avete portato qui? E io non faccio niente fate quello che volete... In realtà poi questo silenzio, questi tempi lunghi, questa non medicalizzazione, perché in realtà io vedevo il nutrizionista una volta ogni due settimane e la psicoterapeuta una volta alla settimana e poi stavo lì con queste ragazze che avevano problemi analoghi ai miei e venivano da altre parti d'Italia. Sono rinata attraverso la relazione, anche nel sentirti buttare in faccia tutti i tuoi limiti, difficoltà nel dire le cose e nel sentirsi dire certe cose, tirare fuori la propria rabbia anche il godere, saper riapprezzare tante cose, sentire me, riscoprire la mia persona, sentirmi, risentirmi, anzi riconoscermi per la prima volta. Ed è stato quello che mi ha...

### **Mi dicevi, prima di arrivare lì però..**

Appunto io non son potuta arrivare subito lì a M., dal ricovero non potevo essere portata a casa e sono andata V., ci sono stata 4 mesi, era una clinica per disturbi alimentari ma non aveva... non serviva a niente, pasti programmati, percorso stabilito, dietologa e fai così e fai così, non mi serviva a niente. In attesa di M. e anche perché dopo 4 mesi volevano liberare posti per magari qualcuno che se ne faceva qualcosa, e sono stata mandata a Villa Cristina. 4 mesi a Villa Cristina

### **La cui fama è meritata, no? Dimmi qualcosa di quel luogo**

Tu non ci sei mai stata?

### **No, ne ho sentite e lette molte...**

Quella è stata davvero una deportazione. Mi ha mandato il CSM, dovevano fare le pratiche burocratiche per M. e non sapevano dove farmi stare, alle Molinette non potevo più stare, era un parcheggio.

### **Perché alle Molinette no?**

Perché al CDA ci sono ricoveri programmati e non ci si può stare più di tanto, ci sono le liste d'attesa, un percorso tranquillo, in questo mese di diciamo rieducazione

Mi hanno presa di peso per portarmi lì. Urina e escrementi ovunque, mi sono rotta una clavicola perché sono scivolata in corridoio e sono stata a letto immobile non mi potevo muovere, una delle fratture più dolorose della mia vita, e gli infermieri mi lasciavano lì, venivano mia madre e la mia madrina a cambiarmi le lenzuola, non potevo nemmeno alzarmi a far pipì, loro se erano passati a fare il letto alle sei, oltretutto le lenzuola le cambiavano ogni 10 giorni, c'era una puzza inenarrabile, se erano venuti alle sei loro non venivano con la padella, ti scappa? E potevi bene di meno! E io dovevo aspettare fino al cambio turno con la pipì nel letto. E venivano mia madre e la mia madrina a cambiarmi la biancheria. Sono stata 15 giorni proprio a letto, e dopo ho avuto il permesso dallo psichiatra che mi seguiva lì, facevo colazione e poi mi venivano a prendere, i miei o altri, e stavo fuori tutto il giorno e rientravo a sera. Meno male perché se no lì dentro io... era stomachevole, per certi versi è stata una fortuna finire lì, perché mi sono detta cavolo io non voglio, mai più, tiro fuori tutte le palle e contropalle che ho ... come ho fatto a finire qua? Mai più.. poi essendo lucida perché non prendevo farmaci mi ha fatto dire mai più, anche quel tot di peso che dovevo prendere per entrare in comunità io l'ho fatto solo per uscire da Villa Cristina. Ho avuto proprio una reazione ma violentissima, perché quella merda che più merda non si può... meno male che l'hanno chiusa

### **E il personale?**

Il personale era completamente demotivato, io avevo la camera vicino allo stanzino del personale, facevano un bordello tutta la notte, tanto i pazienti erano tutti sedati, un casino, tv a palla, battutacce grezzissime, l'idea della decadenza dell'umanità e della degenerazione di tutto. Questo cibo lanciato in una mensa sporchissima... tanto è vero che avevo fatto una relazione alla Asl. Mi ero attivata perché mi son detta cavolo qua le persone non sanno scrivere, tutti si lamentavano di questa mensa di queste sbobbe pazzesche che arrivavano, e allora ho detto ma facciamo?, e ho messo giù tutti i dettagli, cosa ci davano e cosa no e come con tutti i dettagli e avevamo firmato tutti. Non so poi che fine abbia fatto ma abbiamo cercato di.. ma vi rendete conto? La pulizia del cortile che era un porcaio, una discarica, appelli a destra e a manca...

### **Qualcuno li ha letti?**

E che ne so,almeno abbiamo provato, provato una minima ebbrezza ... era già un miracolo scrivere una lettera e mandarla a qualcuno, era una cosa inconcepibile, difficilissima e trovare me che scrivevo..

Poi per fortuna nel mese di settembre si è liberato un posto a M. e son stata lì tre anni e mezzo e son tornata che son rinata

### **E poi sei rimasta in contatto con i servizi?**

I servizi servono solo a pagare, anche le Molinette, io non sono mai andata al CSM, mi hanno attivato, mi sono iscritta al CSM perché servivano i soldi per pagare la comunità, le Molinette non avevano soldi, altre cliniche me le ero pagata io o erano in convenzione e per andare in comunità di soldi ne servivano tanti e pertanto io ho dovuto avere l'aggancio con il CSM. La psichiatra del CSM non è mai stata la mia psichiatra, lei faceva la scribacchina, i miei medici erano alle Molinette, da lei andavo e litigavamo, io ho un pessimo rapporto con questa dottoressa, gliene ho detto di ogni anche perché io non me le tengo, le ho detto guardi che lei non ci capisce un cazzo... si curi lei, le dicevo, prima di venire a curare me. E lei mi diceva ma intanto tu con la storia clinica che hai sei destinata a rimanere malata per sempre, non troverai mai un lavoro, i soldi ti finiranno perché dovrai pagare le badanti ai tuoi genitori – che poi mio padre è molto più in gamba di lei, le stacca le orecchie a morsi se la sente... - e poi cosa vuoi avere una relazione sentimentale tu, che io che sono normale mi sono sposata ho fatto i figli e questo stronzo mi ha lasciata.. e tu con questa storia clinica

pensi di poter avere una vita sentimentale?

**Insomma, diceva e faceva il contrario di quello che si dovrebbe fare, dare forza e sostenere..**

E meno male che avevo il confronto con gli altri psichiatri, le dicevo dottorè, mi dispiace... e insomma con il CSM solo per pararsi... mentre con le Molinette ci vado ancora oggi, e facciamo delle riflessioni su quella che è stata la nostra strada insieme perché siamo cresciuti, io e lui insieme

**Ecco ma questi psichiatri con cui sei in contatto oggi di che servizio sono?**

Sono della psichiatria delle Molinette, clinica universitaria. Comunque il CSM mi è servito, uscita da M. non volevo tornare a casa dai miei e loro mi hanno messa in un gruppo appartamento e quello mi è servito, non mi ci trovavo perché era ad alta copertura 24 ore, e i pazienti che c'erano erano... avevano bisogno di una copertura così, però è stata una fortuna, io andavo e venivo, facevo quello che volevo, tornavo per la notte e mi sono riorganizzata tutto, ho ricominciato a studiare, a frequentare i miei amici, dopo due anni di "morte" a M. dove ho proprio staccato tutto, anche da lì alla fine andavo su e giù a Torino, e poi mi son rimessa ... un po' è stato il mio corpo che è stato fort

È stato bravo...

È stato forte, e sto bene anche perché mi hanno scannerizzato ben bene, per andare a lavorare devi essere performante al massimo se no non ti fanno salire e scendere dall'ambulanza... quindi sono stata fortunata perché il mio corpo è forte, sono stata in contatto con i miei terapeuti, la mia famiglia si è messa in discussione

**La tua famiglia com'è stata e com'è, in tutta questa tua storia?**

I miei genitori.. io non posso imputare loro nulla di male, ci sono state dinamiche famigliari complesse, soprattutto con mio padre, era una relazione difficile, questo cordone ombelicale che si stacca e non si stacca, difficoltà a esprimere la propria emotività, io poi sono stata trattata subito come un'adulta, fin da piccola, abbiamo avuto un rapporto a tre ma alla pari, io non ero la bambina protetta, la bambina che viene aiutata a crescere, se manteniamo la metafora del cibo è come se mia madre dopo avermi allattata fosse passata subito alla lasagna, ti allatto un po' e poi ti arrangi e vai, mio padre pure, lui la maieutica socratica, non sono grado fai tu, poi se sbagli...

**E rispetto al momento del tuo disagio loro ci sono stati?**

Ci sono stati e hanno sofferto tantissimo anche loro, io sono stata un po' la vittima sacrificale di questo disagio familiare in cui alla fine c'ero io che stavo male e tutti concentrati su questo, stiamole vicino e tutto il resto delle ansie della vita sono passate in secondo piano. È stato per loro anche un modo per fuggire dalla loro relazione e dai loro problemi,decentrare le loro ansie e focalizzarle su di me. Al mio capezzale... e quindi il fatto di togliermi da loro, costringermi via da loro li ha fatti sentire disorientati, quello che hanno fatto è che si sono presi in mano la loro vita, hanno avuto fiducia nei terapeuti – quelli delle Molinette – e passare la patata bollente a loro ha dato loro la possibilità... adesso con tutti i loro difetti io riconosco che mio padre è anche in molte cose una testa di cazzo, mia madre idem ma oggi con un livello di sofferenza differente.

**La rete dei tuoi amici nei momenti di maggior crisi ci sono stati, sono spariti... cosa è successo?**

Quando ero adolescente si sono molto spaventati, lanciavo dei messaggi molto poco comprensibili e li ho allontanati. Però non mi sono mai sentita tanto abbandonata dagli altri, quanto ho sentito che ero io a mandarli a stendere. Perché vedo che io adesso avendo superato questa cosa, sentendomi io diversa sento che le persone si riavvicinano, è una gioia



È un messaggio che mandi tu..

Sì, è stato fondamentale tutto ciò

**Se non ti spiace tornare un momento all'esperienza che hai raccontato di contenzione, dopo, ex post, se non ho capito male te ne sei fatta una ragione. Oppure pensi che ci sarebbero stati altri modi per aiutarti, diversi, qual è la tua riflessione?**

Io dico che in quel momento lì io stavo giocando a braccio di ferro con loro, li stavo sfidando anche come medico. Ed è stato come un genitore a quel punto lì che mi da due sberloni, ne avevo bisogno. E poi ci siamo spiegati e mi ha anche chiesto scusa, nel senso che mi ha spiegato perché.

**Questo chi aveva preso questa decisione del TSO**

Sì, loro

**E tu poi hai avuto modo di ragionare con loro su questa scelta**

Assolutamente sì, soprattutto con F. perché quando mi hanno preso ero nel suo studio e gli ho dato un calcio che per poco sanguinava dai pantaloni... e mi han portata giù al reparto tutti gli infermieri del reparto, grandi e grossi e io ero un friciulin... loro mi han dato tutte le possibilità per non arrivare lì.

**Quali erano queste possibilità?**

Mah, concordiamo, non riesci a mangiare? allora cambiamo la modalità, ti diamo da mangiare poco più volte la giorno, c'è stato un grandissimo contrattare, ma poi quando dopo due mesi vedi che io in ogni caso tento di fregarti in tutti i modi e allora basta, se fai la bambina di due anni io ti tratto come la bambina di due anni. Quindi li ho portati io lì, per esasperazione. Quello che poi è stato veramente gratuito è stato il clima che si respirava nell'altro reparto, dove questa attenzione non c'era. Io ero legata al letto con il sondino, e i medici erano a due metri da me e ridevano. Solo il mio nutrizionista e il mio dietologo sono venuti da su in borghese a trovarmi, gli altri ridevano, mi prendevano in giro, dicevano come sei magra, per una magra così ci vorrebbero altre cinghie, io te ne metterei anche di più...una formazione e un modo di lavorare completamente diverso. E io ringrazio Dio o non so chi ringraziare che i miei terapeuti non erano quelli. Quella non è terapia, non è terapia, eppure ci sono quelli nelle mani dei CSM che sperimentano solo quello. Io li ascolto nei gruppi e sento peste e corna contro gli psichiatri e contro la psichiatria e li capisco. Io so che c'è una psichiatria furba, una psichiatria utile che fa davvero ... anche rispettosa

**La questione del rispetto mi sembra cruciale, anche dal gruppo che abbiamo fatto l'altro giorno mi sembra che sia emersa la relazione medico paziente come questione cruciale**

Ma caspita, certo! anche adesso che con il mio terapeuta ci vediamo e mi dice ma cos'è che abbiamo sbagliato?... e cerchiamo di capire, potevamo accorciare i tempi, hai avuto una storia di sofferenza di vent'anni, in che momenti potevamo... e questo è importante

**Tu pensi che questa relazione di confronto sia dovuta anche alla tua professione di medico o pensi che quel tipo di psichiatra abbia questa relazione con tutti?**

No, quel tipo di medico ha questa relazione con tutti

**Perché poi tu racconti che invece al momento della contenzione in reparto che tu fossi un medico**

### **non importava a nessuno**

Infatti, no io penso che lui sia così, io sento che lui è “una persona”, anche oggi se sento che vado in ansia o ho un momento... vado da lui, so che lui c'è e ha uno sguardo, certo esperto, e mi può dire potresti fare così... ma così anche per avere uno sguardo esterno che ti aiuta a ridimensionare lo sguardo che hai su di te.

### **Mi dicevi che dopo quello che hai raccontato hai avuto altri TSO?**

Dopo quella volta mi hanno portato a XX, ero stata 15 giorni al reparto dei disturbi alimentari, nell'ospedale C., ed ero stata bene, facevo quello che volevo io, lì c'è alimentazione meccanica, ti danno questo e questo, devi mangiare questo e questo, io andavo lì e mangiavo solo quello che volevo io, o solo il pane o solo la verdura... loro sapevano che era un esperimento, alimentazione meccanica ridotta da me, però la facevo... avevo vomitato nei primi giorni poi mi ero adattata avevo un buon rapporto con le ragazze ed era un esperimento positivo. Poi mi hanno portata una seconda volta lì, sperando che... però io ho dato di testa, ho distrutto tutto, non ci volevo stare, perché mi han detto stavolta stai alle nostre regole

### **Ti sei ribellata..**

Sì, ha voluto dire che ho distrutto il reparto, ho buttato giù le piante, ho strappato tabelloni dalla parete mi sono anche fatta male a un piede e sono finita al pronto soccorso... non volevo starci e allora il medico del reparto mi ha detto in ambulanza e su a Torino in TSO e sono arrivata alle Molinette in TSO.

### **E lì c'è stata contenzione? O magari chimica?**

Chimica no mai, sempre con quella modalità del mangiare non mangiare..mangi e dopo ti leghiamo. E la mia sfida era a oltranza se tu mi legghi io non mangio comunque...

### **Tu dici farmaci mai, è sempre stata una tua scelta?**

Di prendere i farmaci? No... perché... mi avevano dato una dose di Seroquel all'inizio appena portata in reparto, però poi me l'avevano scalato subito

### **Che farmaco è?**

Un antipsicotico, ma un dosaggio bassissimo, mi avevano un po' sedata, una pastiglia poi non mi avevano punturata e avevo dormito, ero anche stanca, disfatta, perché continuavo a ribellarmi, più mi legavano e più io impazzivo, ero anche debole, ero esile, ti consumi, mi dicevano, ti viene un infarto se continui a dimenarti così, e mi avevano dato questo. Ho dormito un po' di ore ma in realtà poi non mi hanno mai impostato una terapia, perché se loro mi lasciavano tranquilla io ero tranquilla... basta che non mi dessero da mangiare! O che se mi davano da mangiare non mi impedissero di vomitare! Si giocava tutto su quello, e sei anche simpatica, mi dicevano gli infermieri, nel momento in cui però...

### **Adesso tu frequenti questi giri qui, Arcobaleno, Mente locale?**

Quando sono poi tornata, da M., era il giugno 2013, sono tornata a Torino ed ero domiciliata in questo gruppo appartamento, e si trattava di riorganizzare la vita di tutti i giorni per poi ritornare a casa mia. Una delle prime cose mi hanno proposto, una borsa lavoro da fare qui [ad Arcobaleno] io già ero occupata, facevo delle cose a YY, altri gruppi, corsi di cinema, avevo le mie cose, però avevo bisogno di questi mesi per valutare, cosa voglio fare a Torino? Cadevo in depressione, che faccio mo'? sono a Torino in piena estate dopo 3 o 4 anni che manco, da sola? E questo è stato un punto fondamentale per me perché innanzitutto mi dava quell'impegno, le 3 ore ogni 3 o 4 giorni, però poi anche per conoscere l'ambiente e sguinzagliarmi alla

ricerca di... della mia strada. E dunque è stata una opportunità che mi è stata data per ricominciare tutto. Poi ho conosciuto queste persone meravigliose che frequento ancora, perché G., E., R... anche se ho finito ma continuano a darmi tanto, cazzarola... martedì sono smontata dalla notte e ero sfattissima, ma sono andata a questo incontro di Mente locale dove hanno ... son venute fuori delle cose, a volte sono... emotivamente sono dei vulcani, vengono fuori dei dolori delle cose potentissime che ti sconfiggono, momenti fortissimi ma vitali, e ci vuole

**Senti dato che ascolti tanti racconti, ti sei fatta una tua idea di quanto ancora venga utilizzata la contenzione meccanica, meccanica non chimica o fisica..**

Per esperienza mia, e te lo dico come medico, io mi trovo nella frontiera dei medici, in quella terra di nessuno che è il 118, e la guardia medica fino a poco tempo fa. Allora lì vieni chiamato e sei solo, io vedo in case di riposo per anziani e per persone con disabilità psichica e fisica e soprattutto fuori Torino operatori che sono soli, magari 50 persone allettate e nessun sanitario presente e un solo operatore, magari un educatore, che entra subito nel panico. E lì la loro soluzione, ma perché davvero non hanno nessuno e non hanno conoscenza, e lì li legano. Non c'è personale, non ci sono risorse e sono agitati, e quindi allora.. quando proprio non sanno che fare chiamano la guardia medica o il 118 e allora tu vedi queste situazioni. Da anteguerra proprio, magari di giorno non è così, girano infermieri... ma di notte non c'è nessuno.

**Quindi tu fai una chiara correlazione tra le carenze di personale e la pratica del legare. Pensi lo stesso anche per gli SPDC? In ambito ospedaliero è la stessa cosa?**

Io sui reparti oggi ho meno conoscenza e la volta che ci sono stata ci sono stata da paziente. Lì è un po' diverso, [lunga pausa] secondo me non sono posti... anche lì, forse ci vogliono altri spazi, spazi diversi, perché se c'è una persona in crisi acuta che magari minaccia gli altri, e dove la metti? Anche fisicamente, deve avere una stanza tutta sua, un posto tutto suo, devono stare con lui delle persone a seguirlo e parlargli 24 ore su 24, controllarlo, perché in effetti sono abbastanza dei carni, i reparti, se hai il vicino di letto che si scompensa se ti vede agitato e si nasconde sotto il letto perché ha paura che tu gli faccia del male... è certo che l'infermiere anche per garantire il quieto vivere lega quello, non vi preoccupate, è tranquillo, è a letto....

**Se capisco bene quello che dici più che una questione di cultura del singolo operatore si tratta di sistema, di una organizzazione che dovrebbe essere diversa**

Io penso di sì. Di sicuro. Avere più spazi, proprio spazi fisici, perché una persona che sta così male deve stare da sola con le persone giuste e non con un altro paziente che scarica su di lui e magari crea più conflitto e si acuisce l'uno e l'altro, e lì ce ne sono 3 o 4 in una stanza.

**Possiamo dire che è il concetto stesso di reparto ospedaliero che non va quando si tratta di una crisi?**

Non so, immaginiamo una clinica di fantasia, dove c'è una dependance "area crisi", accogliente e confortevole, che dia serenità, una stanza... per me poteva essere l'ufficio di F., dove io andavo con tutti sti volumi però c'erano anche i cuscini..

**Ho trovato davvero interessante questa tua storia della stanza del primario...**

Ma sì, che dice ti do le chiavi in mano.. magari le chiavi in mano no ma dice quando lei vuole andare che vuole sfogarsi, vada lì e se vuole picchiarsi con qualcuno che qualcuno vada con lei, se vuole stare da sola stia da sola. Lassù era possibile [al CDA], era possibile.

**Un'ultima cosa poi ti lascio andare... l'altra sera qui, al gruppo, veniva fuori continuamente la contenzione chimica, che tutti sentivano con molta più drammaticità di quella meccanica di cui si**

**stava parlando, forse perché quella meccanica non era esperienza di tutti mentre quella chimica mi sembra di sì. Che idea ti sei fatta tu dell'uso delle terapie farmacologiche?**

Uno, che nell'acuto ci vuole tempo. Come guardia medica, quanti ne ho siringati anch'io anche attraverso i pantaloni? Ero sola, magari con degli omoni grandi e grossi davanti a me, le forze di polizia lì, la richiesta che partiva per il sindaco, le ore contate, che cosa dovevo fare, che avevano tutti fretta? E magari lui che parlava una lingua che non capivo? A me dicevano ti portiamo lì come guardia medica perché tu gli faccia la siringa, era proprio la mia delega, tu vai lì per fare quello, non è che hai possibilità di fare altre cose. Una volta sono andata a G. dove c'era un albanese o polacco o rumeno, non so che lingua parlasse, che era dentro la gabbia dove aspetti per essere poi portato in carcere, che sbatteva la testa contro il muro sanguinando, era tutto pieno di sangue e la polizia che diceva noi non riusciamo a fare niente... mi prendono e mi mettono nella gabbia con lui, da sola, dicendo noi siamo qua fuori che guardiamo... Queste sono le situazioni, per cui capisco che poi si possa... che altro dovevo fare? Allora, rivediamo il sistema. D'altra parte nel cronico, e ho avuto modo di vedere persone che frequentano il CSM, che è orrendo, sono poi polli da batteria, entrano si fanno il depot, riprescritto il depot per il mese dopo, neanche la possibilità di discutere dosi e non dosi, sto bene sto male, gli effetti collaterali tanto sono normali, scalare la terapia?, ma non scalarla... Ho parlato tanto anche con T., ma figurati, sì possiamo anche scalare ma poi dobbiamo parlarci, vedere come va, lo posso fare ma poi ti devo dare io come psichiatra la mia disponibilità a seguirti, nei momenti in cui si scala, alcuni psichiatri lo fanno, saranno due sul territorio nazionale? Due, non hanno tempo...

**Mi stai dicendo prima di andare a vedere come funzionano i reparti guardiamo come funzionano i CSM...**

È così, io ho visto tanta gente disperata, non parlo con uno psicologo, non posso parlare con il mio psichiatra, abbiamo gli incontri con una scadenza ogni 42 giorni e mezzo... per dire, di 17 minuti virgola 42 secondi. Andiamo lì, solo il tempo di farmi calare le braghe e farmi la siringa, riconfermarla per la volta successiva tanto... così sei stabile? Allora va bene. Così la situazione si cronicizza all'inverosimile, con queste persone che non vedono mai prospettive di cambiamento, di evoluzione. Anzi, nel momento in cui minacciano o rivendicano il loro diritto dicendo oh, ma io voglio cambiare... eh ma non ti agitare, se no te ne faccio un'altra! Perché? Perché fai perdere tempo se poi stai male, mi scombussoli il programma della giornata. Sentivo proprio ieri una mia amica seguita dal CSM di via S., e diceva io andrei anche al CSM a chiedere aiuto, perché ieri stava male, diceva vorrei vomitare tutto ho una rabbia dentro, una rabbia, e io le dicevo ti capisco, no?, ma prova ad andare al CSM trovi qualcuno con cui parlare, e lei ma no, se vado mi fanno la siringa e perché? perché devono fare altro e non hanno tempo. E mi fanno fin pena questi che lavorano lì dentro, sono oberati, dovrebbero fare loro una rivoluzione e dire che cazzo non ci va più di lavorare così...

**Grazie, abbiamo parlato di tantissime cose. C'è qualcosa che vuoi aggiungere, che vuoi dire in chiusura? Anche su questa ricerca, che dovrebbe aiutarci a lavorare sul superamento o sul contenimento di certe pratiche?**

Io dico che sono fiduciosa, sono positiva, lo dico anche come medico che ha sperimentato i medici... io credo che ci si dovrebbe mettere insieme per cambiare. Io vorrei fare io medico di base, perché penso che tutto parte da lì...

**Io te lo auguro, di farcela, perché penso che la figura del medico di base sia fondamentale per ripensare un sistema. Grazie ancora.**

## L. [Intervista M2]

### **Prima di entrare in argomento, vuoi presentarti? Dirmi qualcosa di te?**

Ho 65 anni. Oggi sono pensionato, ho lavorato sempre nell'informatica poi a 45 anni sono stato espulso dal mondo del lavoro, ero nel commerciale, per un certo periodo anche compiti dirigenziali, poi sono stato per un certo tempo anche amministratore unico di una società. Negli ultimi 15 anni, essendo uscito da quel tipo di attività, mi sono trovato a fare il cameriere in un ristorante e lì sono andato avanti fino alla pensione e adesso sono pensionato

### **Frequenti qui l'Arcobaleno?**

No, ero passato quel giorno al gruppo perché mi avevano invitato e poi oggi perché mi hai invitato tu. Avevo avuto contatti con Arcobaleno quando ancora era alla Crocetta, e con Arcobaleno ho seguito questo progetto del catering quando ancora era attivo

### **Di che anni parliamo?**

Del fine 900, del secolo scorso!

### **Senti, se ti faccio domande a cui non vuoi rispondere dimmelo liberamente. Posso chiederti qual è stato il tuo primo contatto con un servizio psichiatrico? Con quale?**

Inizialmente ho avuto un contatto dopo una crisi maniacale, abbastanza tardi, diciamo verso i 45 anni, 40 o 45, ero più che adulto e impegnato in attività manageriali. Diciamo che a causa di crisi lavorative ho iniziato... diciamo la prima situazione è stata una situazione depressiva

### **Tu la legghi dunque proprio al lavoro?**

Sì, direi proprio di sì, poi magari ci sono situazioni endogene che non si sanno, comunque certamente quella era la situazione. In seguito a quello, per un certo periodo sono stato seguito da uno psichiatra in modo privato, a pagamento, la cosa è durata qualche anno fino a che il costo delle visite psichiatriche è diventato un costo importante tanto che lo stesso psichiatra mi ha consigliato di rivolgermi ai servizi

### **Posso chiederti perché avevi scelto il privato e non il pubblico?**

Ma perché penso che a quei tempi fosse per me una questione di riservatezza, di pudore in qualche modo, ero ancora in una fase in cui questa situazione della malattia non era ancora ben evidente

### **Come ti ha preso in cura questo psichiatra? Che percorso facevi?**

Sostanzialmente farmaci, non mi ha proposto alcun tipo di percorso alternativo, tipo psicanalisi, quindi sì, farmacologico

### **E ti è servito in quel momento?**

Mah, nella prima fase non ho riscontrato benefici, però appunto è scattato quel meccanismo di passaggio dalla fase depressiva a quella euforica, per cui non essendo ancora padrone di questa situazione ho sospeso i farmaci in modo autonomo, e quindi sono passato in questa fase maniacale, e ho avuto il primo episodio di crisi e di conseguenza il primo ricovero tra l'altro a Villa Cristina, ma perché amici di famiglia erano i

proprietari di Villa Cristina, sono stato messo in una camera a parte e trattato in una situazione più protetta.

**In questo caso avevi chiesto tu il ricovero o è stato un TSO? Cosa era successo?**

No no, non è stato un TSO, è stato volontario perché l'episodio era stato abbastanza violento

**Ho capito. Non hai voglia di parlarmene?**

È stato una notte, con la mia ex moglie ho avuto un attimo di crisi per cui l'ho presa per i capelli, l'ho tirata e questo è stato sconvolgente, per me

**Perché non era il tuo modo..**

Non era il mio modo di essere, ed è stato un episodio per me davvero strano. Ho chiesto io il ricovero su consiglio di tutta la famiglia

**In questa fase la tua famiglia ti era accanto o sei rimasto da solo?**

No, mi sono rimasti molto vicini, e anche con la moglie la cosa è andata avanti nonostante queste crisi per ancora tre o quattro anni, ed ero sempre seguito dallo psichiatra, poi ho cambiato medico

**E Villa Cristina? Cosa hai trovato e cosa ti hanno offerto? Perché tu sai che ha una fama pessima, no?**

Sì, ho visto una serie di episodi che... non avevo idea di come potessero essere trattati i malati di mente, ho visto delle scene..

**Tu avevi una posizione un po' di privilegio dicevi..**

Sì, certo, io sono stato trattato benissimo, non che avessi i servizi in camera, ma avevo una camera per me, ero da solo. E anche lì, trattamento farmacologico, sono stato una decina di giorni

**Ti è servito? Cosa ti ricordi del dopo?**

[pausa] Mah diciamo che c'è stato il rimbalzo verso il basso perché era stato un episodio particolare, non mi ero reso conto di cosa era successo, e l'atto verso la moglie poi mi ha mandato in depressione. Di conseguenza a questo poi ho perso il lavoro perché sono stato un paio di mesi senza andare, e quando sono tornato sono stato licenziato.

**Scusa mi colpisce questo, a Villa Cristina non hai avuto qualcuno con cui rielaborare quell'episodio?**

Sì, c'era lo psichiatra con cui facevo i colloqui, non dico giornalieri ma in quel periodo due o tre colloqui li ho fatti, lui cercava di tirarmi fuori quello che era successo

**Prima hai detto parlando di Villa Cristina ho visto come vengono trattati, a cosa fai riferimento? Cosa hai visto?**

Lì c'era stato un episodio di contenzione a cui ho assistito, e poi gente per i corridoi che si pisciava addosso, trattati anche abbastanza male dal personale infermieristico, sono state le scene che mi hanno più colpito. E poi lo stato generale in cui queste persone venivano lasciate, che urlavano... il mio spirito critico era come, essere al di fuori, insomma io non mi sentivo malato, li guardavo con sguardo esterno. Senso di impotenza, di pena e di pietà

### **Cosa ti aveva colpito allora dell'episodio di contenzione?**

Non ho visto il momento in cui veniva preso e contenuto, ho visto quando era già contenuto. Penso che nella mia idea fosse la cosa peggiore che uno potesse subire, essere legato, non poter disporre dei propri movimenti

### **Mi dicevi allora di questo passaggio..**

Sì, sono seguiti alti e bassi, mi sono riproposto in altre società e la cosa è andata avanti per due o tre anni, fino a che poi c'è stata la separazione e il divorzio e il mio umore non è certamente migliorato. A quel punto ho fatto anche l'errore di tornare a vivere dai miei e insomma in questa ovatta familiare mi sono proprio lasciato andare per un lungo periodo, almeno un paio d'anni in cui mi lasciavo vivere, facevo il depresso cronico, apatia totale, senza nessuna... poi in quel periodo, appena dopo che mi sono separato, a quel punto ero seguito dai servizi

### **Ecco, come hai deciso di rivolgerti ai servizi pubblici?**

Come dicevo prima, lo stesso psichiatra che mi seguiva mi ha suggerito,.. per un fattore economico, avendo perso il lavoro, non era più possibile sostenere la spesa e mi sono rivolto ai servizi. Corso Novara, il primo servizio

### **Ti ricordi il primo impatto? Com'è stato?**

Ma l'impatto... visti lì, gente che mi rivolgeva la parola in un modo che non ero abituato, mi chiedevano ma tu sei un dottore? Ma no dicevo, ah perché profumi e allora sei una persona [sorride]no guarda non sono un dottore sono un paziente..

### **Non sembravi un paziente..**

No, non sembravo... poi ho cominciato a conoscere l'ambiente e questo Centro, ho frequentato anche adesso non ricordo bene come si chiamava, un atelier, un centro diurno

### **E dal punto di vista clinico?**

Beh, terapia e poi rispetto al privato ho notato che nel pubblico c'era un po' di attenzione alla persona, nel senso che con il privato facevo un incontro di un'ora, qualche domanda poi farmaci e via, mentre con la psichiatra del centro pubblico ho avuto la sensazione di essere più seguito, colloqui settimanali e poi certo l'aspetto farmacologico sempre, d'altronde gli psichiatri se non scrivono qualche ricetta non son contenti, comunque erano gli anni '90 e ho trovato una risposta un pochino più completa, quel centro era citato come quelli un po' più all'avanguardia, era la Asl To4, allora. In quel periodo lì di corso Novara ero ancora con la moglie, poi dopo la separazione sono andato dai miei e lì ero seguito da via Giovanni da Verrazzano, dove c'era il centro di salute mentale e lì sono stato seguito anche quando sono andato a stare a San Salvario ma sono rimasto lì, comunque. Ho avuto una continuità. In quel periodo ho avuto l'opportunità di frequentare Arcobaleno, che era nello stesso stabile del centro e ho partecipato ad alcune iniziative, soprattutto quella del catering per cui si faceva servizi presso il Comune o quando c'erano dei meeting

### **Cosa ti è piaciuto di questa realtà di Arcobaleno?**

A parte qualche partita a carte con gli altri malati e qualche caffè perché c'era il bar gestito dall'associazione, l'aspetto che più mi interessava era quello lavorativo, perché essendo arrivato fino a 45 anni con alti e bassi ma sempre con un lavoro continuativo. trovarmi senza un lavoro e senza un impegno concreto è proprio

quello che viene a mancare, e questa associazione trovava degli sbocchi. Non penso sia solo un problema mio, il problema della indipendenza economica è un problema di tutti

### **Adesso in che situazione sei?**

Adesso sono in pensione e qualcosa ho, 1100, 1200 euro, fortunatamente l'avevo maturata nei primi 20 anni di lavoro

### **Senti, in tutta la tua storia, esperienze di SPDC?**

Sì, di SPDC ne ho... anche un bel po'. Il primo non lo ricordo... diciamo che ne ho avuti due traumatici ma fuori sede, diciamo, perché nei periodi di euforia partivo e me ne andavo in vacanza per i fatti miei e mi è capitato in Liguria a La Spezia e ho dato un po' di matto e

### **Tipo?**

Tipo che [pausa] è difficile spiegarlo... tipo che ero alle Cinque Terre e avevo dei pensieri fuori dall'ordinario e frequentavo un locale e vedevo pericoli un po' dappertutto

### **Avevi un po' di paranoia**

Sì paranoia, ed è passata la camionetta dei carabinieri e ho gridato qualcosa e mi hanno imbarcato... mi hanno imbarcato e portato da lì a La Spezia e lì sono stato interrogato da uno psichiatra, un colloqui su al reparto, mi han fatto un prelievo del sangue, cosa che mi è sembrata strana, senza motivarlo, dico i farmaci che prendo glieli dico io, non è che do fuori di testa perché sono sotto droghe, ho sempre spiegato la mia situazione, che sono sotto farmaci, antidepressivo. A quel punto lì hanno deciso che mi dovevano ricoverare e io ho fatto a quel punto un certo tipo di opposizione dicendo che non ne vedevo il motivo, sì ero un po' in paranoia ma ... avevo affittato un bungalow a Corniglia e ho detto no, adesso mi riportate giù. Io mi opponevo loro hanno chiamato di nuovo i carabinieri loro sono arrivati e lì è scattato un TSO violento

### **Violento cosa vuol dire? Ma perché tu avevi reagito anche fisicamente?**

No no, io ho detto ma a voi vi gira, e loro adesso ti facciamo girare noi, uno mi ha preso per una gamba e altri due per le braccia e mi han fatto girare sul piazzale

### **Girare?**

Mi han fatto fare la trottola sul piazzale, loro mi giravano intorno e io giravo nel mezzo... così, siccome io ho detto a voi vi gira loro mi hanno fatto girare... non molto professionale, no? Io mi sono piuttosto incazzato, avevo una mano libera e con questa mano ho afferrato i testicoli di uno dei carabinieri che mi teneva, ovviamente mi hanno lasciato subito e fatto cadere e fortunatamente non era altissimo e non mi sono fatto male, e lì è stato il primo TSO con contenzione fisica

### **Quindi poi ti hanno legato?**

Sì mi hanno legato. Mi hanno tenuto tutta la notte e la mattina ero senza più un filo di saliva e ho chiamato è arrivato un infermiere che mi ha detto allora ti sei calmato, io sì ma se mi date un bicchiere d'acqua e lui sì, se ti sei calmato...

### **Sei stato senza bere e senza mangiare**



Sì senza niente, poi la mattina hanno avvisato i miei genitori e sono arrivati o non so se mio fratello, sono venuti a prendermi e a riportarmi a casa, loro lì non mi volevano tra i piedi, ero fuori zona

### **Che ricordo hai di questa notte? Cosa provavi?**

Chiaramente dopo un po' uno si addormenta, al momento c'era la rabbia, c'era la rabbia soprattutto per l'atto dei carabinieri, se mi avessero preso uno da un lato e uno dall'altro e mi avessero accompagnato era un conto, ma il fatto che io abbia risposto non vengo con voi e loro abbiano risposto così ... tra l'altro poi ho avuto anche un processo per resistenza, il mio medico di riferimento mi ha poi accompagnato fino a La Spezia e ha detto che ero seguito dai servizi e poi è caduta l'imputazione

### **Quindi rabbia, dicevi**

Sì rabbia, anche perché non è che io avessi fatto degli atti violenti, io li ho subito, poi chiaramente la versione dei carabinieri è che mi stavano accompagnando e io ho dato un calcio... d'altronde, così, tu stai zitto non è che al giudice puoi dire non è vero

### **Senti, in questa contenzione, ti hanno somministrato anche farmaci?**

Sì penso di sì ma io non mi ricordo

### **Perché poi la mattina dopo nessuno ti ha detto nulla? Non hai potuto parlare con qualcuno?**

No, mi hanno liquidato, anche perché non ero in territorio mio, non ero seguito da quei servizi locali, hanno cercato di sbolognarmi il più presto possibile

### **Ecco dicevi che questo non è stato il tuo unico passaggio in SPDC**

No ho avuto poi altri TSO qui a Torino, 4 o 5, no diciamo una decina nel corso degli anni. Ovviamente pochissimi in fase depressiva, che per lo più mi passavo a casa, ma nelle fasi maniacali, erano dei TSO abbastanza concordati

### **Mi spieghi bene cosa vuol dire concordati?**

Diciamo che venivano accettati da me, non è che fossero violenti o con intervento di polizia, di forze dell'ordine.

### **Però se è un TSO non è che lo decidi tu...**

No, ti viene proposto dallo psichiatra, e ti viene detto o lo facciamo così e ti accompagniamo con gli infermieri oppure... e diventa violento, con polizia o carabinieri e ti portano con la forza. Io tendenzialmente dicevo di no, non volevo ricoverarmi, poi davo non dico un consenso ma un assenso silenzioso, per lo più. Ce n'è stato uno con i carabinieri, però, perché in quel momento non mi sentivo, cioè ero in fase maniacale ma non con punte, episodi diciamo eccessivi, secondo me. E lì è stato via San Secondo, un po' perché era intervenuta la moglie di mio fratello che è avvocato ed è andata a intervenire presso la direzione, a rompere... e al distretto si sono sentiti obbligati a fare questo TSO

### **Ma era accaduto qualcosa di preoccupante?**

Ma diciamo che loro mi vedevano in questo stato di euforia e hanno pensato di intervenire, io ero già con mia moglie, che non è che abbia spinto ma insomma c'è stato questo TSO

### **Che non è stato violento**

No no, poi sono andato accompagnato dalle forze dell'ordine, in quel caso lì è stata violenta la siringata, cosa che non era mai avvenuta prima. Ero al Mauriziano, e questo è stato uno dei più brutti TSO perché mi hanno siringato in modo eccessivo, dopo qualche minuto sono caduto a terra e mi sono rotto un dente, un incisivo, dopo che mi hanno siringato mi hanno lasciato lì nel corridoio e a un certo punto sono svenuto e sono caduto, mi hanno rubato la catenina perché non ero in grado... è sparita, e insomma ero in uno stato... e quella volta è stata solo chimica, non mi hanno legato. Poi mi avranno messo su un letto non lo so, la mattina ero un po' groggy... perché poi dopo queste cose rimani un po' stordito per qualche giorno

### **Che farmaci usano in quel caso?**

Non te lo so dire, era una dose piuttosto massiccia

### **Dopo quell'episodio, per esempio, tu non hai potuto parlarne con qualcuno, riaffrontare?**

Beh sì poi ne ho parlato perché ero arrabbiato, con le dottoresse, erano tutte donne, al Mauriziano, ne abbiamo riparlato, negli altri casi era andato meglio, in quel caso non ero soddisfatto del trattamento, diciamo [ride]. Negli altri TSO non ho avuto problemi non è che mi caricassero appena arrivato o mi dessero dosi massicce. Quello che non è giustificato secondo me è che oggi si tende proprio per direttive di politica sanitaria a tenere le persone in reparto una settimana, quindici giorni, persone come me che hanno un disturbo bipolare, con dei farmaci che sono bombe, a differenza di quelli che prendi fuori, che vengono gradualmente aumentati, bombe perché hanno un tempo breve e si crede, presuppongono che aumentando le dosi... è un errore, bombardare, se non è calibrato nel modo giusto provoca un rebound immediato, e si rischia di andare in depressione rapidamente, poi. Adesso io fasi di depressione acuta non le ho più avute, però uscire dalla depressione con i farmaci provoca certamente un rischio di crisi euforica, i momenti di crisi sono effettivamente quelli in cui o si va troppo giù o troppo su

### **Quindi questi due episodi che mi hai raccontato sono quelli critici, le altre volte meno, sempre su iniziativa dei medici o dei famigliari?**

Sì, dei famigliari.

### **Non hai mai deciso tu di andare in reparto?**

Con la dottoressa che mi segue ho avuto nel 2004 un ricovero davvero concordato, mi è stato proposto e mi è parso sensato, c'è stato un minimo di responsabilità anche nei confronti della famiglia, dopo un po' la moglie si innervosisce diciamo così per usare un eufemismo, quindi togliere quei 15 giorni di ricovero allenta la tensione e può essere utile anche per i rapporti sociali. Non essendo in euforia gigantesca per cui uno si crede il padrone del mondo, però un po' sopra le righe, ma se riesci a prendere coscienza è possibile anche giungere a un compromesso di questo tipo. Anche se, ripeto, questo tipo di ricovero poi ti porta, la prima cosa che fa il medico quando entri ti rifà diagnosi, terapia e ti bombarda, siccome non ti possono tenere più di tanto tendono a risolvere il problema farmacologicamente come se si potesse risolvere in tempi brevi, mentre questi sbalzi di umore richiederebbero teoricamente il loro tempo. Il farmaco può aiutare ma come il raffreddore, uno può prendere tutte le pastiglie che vuole ma ci vuole il suo tempo perché si sfoghi.

### **Parto dalla tua esperienza e dalla tua riflessione. Come valuti la risposta terapeutica complessiva per come oggi viene proposta rispetto a disturbi come il tuo? Da un lato c'è il CSM con il tuo medico di riferimento, dall'altro per i momenti critici c'è il reparto, questo sistema funziona? Abbiamo in mente qualcosa di migliore, di diverso?**

Io ho fatto parte anche di gruppi di mutuo aiuto, ci siamo confrontati su questi temi in modo anche profondo

anche con R., penso ti abbia dato lui il mio nome. Anche come utenti ci siamo fatti i nostri pensieri e abbiamo metabolizzato nel tempo queste domande. Dal mio punto di vista la cosa più importante per arrivare a una guarigione è trovare uno sbocco fuori dai sistemi di protezione, che possono essere il TSO, le strutture ma anche le associazioni, nel senso che io sono rimasto in contatto per un certo tempo sia con l'associazione Lotta alle malattie mentali sia con Arcobaleno ma sostanzialmente è lo sbocco nel mondo esterno quello che ti permette di vivere la tua vita sociale. Quello che manca in molti casi è un piano di reinserimento reale, che non sia né il contenimento in reparto ma nemmeno l'associazionismo dei pazienti, comunque, ci sono borse di studio, borse lavoro, sono queste forme. Quello che è il dopo cura è carente. Mancano fondi, mancano opportunità

### **C'è un problema anche di stigma?**

Lo stigma c'è, mettersi in gioco fuori dagli ambienti protetti diventa difficoltoso, già è difficile trovare lavoro in generale

### **Tu lo stigma l'hai percepito?**

Ma io lavoravo in un ambiente ormai familiare, il ristorante dove lavoravo era diventato una seconda famiglia, tutti erano al corrente di tutto e si sapeva che quando mi prendevano i 5 minuti non mi vedevano poi per 15 giorni perché ero in reparto, non era un ambiente in assoluto protetto, ma in parte perché uno dei familiari del proprietario soffriva del mio stesso disturbo e ha avuto dei ricoveri, per cui ho avuto lì opportunità di conoscerlo ed è stata la mia ancora di salvezza, perché per 15 anni ho avuto la possibilità di lavorare. Non era lo stesso lavoro di prima ma comunque mi ha permesso di avere un lavoro e un reddito, un ambito lavorativo, sociale. Questo dal mio punto di vista ha funzionato abbastanza, e sono arrivato alla agognata pensione, non tanto agognata perché io avrei continuato a lavorare

### **Invece per i momenti di crisi per cui oggi la risposta è il reparto, hai, avete ragionato su delle alternative? Anche in relazione al non abusare della contenzione, quali altre diverse soluzioni?**

Questo non lo so. Parlando per la mia esperienza personale penso che le fasi acute siano difficilmente trattabili, salvo che ... per esempio la mia ultima fase acuta che però non era acutissima, evidentemente, è stata risolta con il fatto che tutte le mattine alle 9 andavo al centro sia per i farmaci, sia perché ti vedono, come stai, ti seguono, una cosa che normalmente tutti i giorni non puoi fare con il tuo psichiatra, può essere una alternativa, per me è stato così, questa prassi un paio di volte mi ha evitato il ricovero.

### **Per me è importante quello che stai dicendo, tu dici se c'è un certo modo di prendersi cura delle persone. con continuità, si previene anche**

Si può prevenire, sì. Non so se vale per tutti e forse non sempre. E la contenzione non so se posso dire no sempre e in tutti i modi, certamente quella che ho subito io l'ho sentita come sopruso, come eccessiva, dato un tipo di azioni ci si aspetta una reazione di tipo adeguato e in quei casi lì non lo è stato

### **Ancora un paio di cose, quando ci siamo trovati nel gruppo sono venute fuori alcune cose interessanti sul rapporto tra psichiatra e persona sofferente, alcuni dicevano c'è troppo dislivello di potere, si fa fatica a negoziare qualcosa, a volte si fa fatica anche a essere informati su quello che ci riguarda in modo da potersi fare un punto di vista. Cosa pensi?**

Io penso che il percorso che ogni paziente deve poter fare è quello di saper convivere con la sua malattia, perché questi disturbi, chi più chi meno ma tranne che per un 10% di remissività te li porti dietro tutta la vita. Devi dialogare con il mondo esterno e con le strutture ed è un percorso abbastanza complesso, spesso purtroppo non aiutato dalla controparte, intendendo come controparte la psichiatria in generale e

a volte anche le associazioni. L'associazione ha tendenzialmente un occhio più paziente, lo psichiatra ha la tendenza a dire si fa così, si risolve così, si prende così. L'obiettivo è capire quale sia la cura e quali siano i tuoi obiettivi personali, ma non ci sono i tempi tecnici per riuscire a farlo, ci sono dei tempi che sono dovuti alla possibilità di interfacciarsi con un medico una volta al mese, mentre in certi periodi il paziente dovrebbe essere seguito più da vicino e magari con un supporto psicologico adeguato. Certe persone lo hanno, un supporto psicologico, a me non è mai capitato. L'ho avuto solo all'inizio dallo psichiatra stesso, in corso Novara, all'inizio con questa psichiatra con cui facevo le sedute psicologiche Sarebbe possibile se ci fossero le risorse per farlo. Magari anche le volontà degli psichiatri che non sono tutti uguali e nemmeno noi, né noi né loro...

### **Da quello che dici il tutto appare organizzato attorno all'esigenza dei servizi più che a quella del paziente**

E così

### **Una seconda cosa molto dibattuta nel gruppo è la contenzione chimica che immagino significhi impossibilità di avere governo e controllo sulle terapie**

Sicuramente. Io mi rifiuto di prendere l'aldol, che serve per i momenti di euforia, serenase, aldol, due nomi commerciali per lo stesso farmaco, perché provoca tremore continuo e balli sulle due gambe, sempre, e sono effetti che non intendo subire dato che ci sono farmaci alternativi. Anche questo farmaco viene somministrato a lento rilascio, facendoti delle punture piuttosto robuste di questa roba, riesci a contenere anche persone fuori dal reparto, però tu vedi queste persone che traballano e tramano

### **E non hai avuto accesso a un farmaco alternativo?**

Mah sì, adesso ci sono due farmaci antidepressivi che se non utilizzati in dose massiccia sono degli stabilizzatori, ma se salgono le dosi...

### **Tu sai le finalità di questa ricerca e che il suo oggetto è la contenzione, c'è qualcosa che vuoi aggiungere in conclusione di questa intervista?**

Pensando alla mia esperienza e al lavoro fatto con alcuni gruppi credo che quello che ci si aspetta è un minimo di prevenzione in più e di gradualità nell'intervento, che ci sia un accordo tra medico e paziente in modo che si riesca ad arrivare insieme a un piano terapeutico. Ci sono molte persone che dicono no i farmaci non li prendo più, e questo può far rischiare picchi sia in alto che in basso, e l'attenzione deve essere più rivolta a creare consapevolezza nell'utente in modo che non si arrivi ai momenti critici. Che poi vanno anche calibrati ... i casi che ti ho raccontato non sono normali, una contenzione fisica per una ribellione a parole, le mani addosso le ho messe solo dopo che me le hanno messe loro

### **Sulla contenzione meccanica oggi a Torino che percezione hai?**

Non lo so, io l'ho vissuta fuori Torino, e l'ho vista a Villa Cristina, al Mauriziano no, non l'ho mai visto, alle Molinette sì, l'ho visto, nella mia esperienza quella chimica è quella più utilizzata, e anche lì bisogna fare le cose adeguate, senza stroncare la persona senza che questa sappia cosa le sta succedendo. Sia quella fisica che quella chimica sono comunque due atti forti contro la tua volontà, volontà che se sei in fase maniacale va anche contenuta, però penso che anche lì ci siano persone e modi diversi per farlo.

## R [Intervista M3]

Ho 65 anni. Ho avuto una gravissima malattia mentale che mi è cominciata nel '73. Con S. abbiamo detto: senti ma noi lo dobbiamo fare il militare? E andiamo, e facemmo la rinuncia al rinvio universitario, e così partiamo, uno da una parte e uno dall'altra. Siamo partiti tutti e due nel settembre del '72. Quando a marzo del '73 io ero una notte in caserma e mi sentivo strano, c'era un allarme Nato in corso, e non c'era nessuno in caserma. C'erano dei cartelli che indicavano le cose da prendere, tipo calze, mutande, ecc., ed era proprio la modalità dell'allarme Nato, dovevi prenderle e stare pronto ad andartene. E io mi sentivo... è vero che bevevo molto in quel periodo, però questa sensazione di non dominare la mia comprensione, i miei pensieri, di essere preso più dall'esterno che non essere io a dominare la situazione, dall'interno. Provai quindi quello che io ho chiamato un vacillamento della mente. Io poi avevo frequentato medicina con tutta la banda di D. e A., e avevo frequentato i manicomi, già nel '68, e conoscevo il problema, conoscevo la malattia mentale - non la mia, allora grazie a dio stavo bene - e ho avuto la netta sensazione che quello fosse un brutto sintomo. Il sintomo di una mente che si stava sgretolando. Così mi sono fatto mandare a casa.

### **Ti hanno fatto una visita e hanno..**

Ho dato i numeri in caserma, sono andato piangendo dal colonnello, e hanno chiamato un medico, poi in licenza e dopo 100 giorni in Forza Assente.

### **Ma l'hai fatto intenzionalmente?**

Mah, un po' sì e un po' no, metà e metà. Il disagio c'era tutto, poi io facevo il PID [proletari in divisa, Lotta Continua] facevo tutto ed ero molto isolato. Io ero abituato a fare queste cose ma insieme agli altri, a farle in piazza, ed ero molto disagioato. Probabilmente come dice il mio amico Z. che poi è stato il mio terapeuta per quattro anni, chi fa queste cose ha anche una sua vulnerabilità, una fragilità, per cui anche il concentrarsi di situazioni difficili possono mandarti in palla.

### **Quindi sei tornato a casa..**

Sono tornato a casa e pazzo o non pazzo mi son comprato una trattoria che poi è diventata la trattoria di Lotta Continua, e lì ho lavorato con P. che era uno dei leader del Lingotto, lui faceva il cameriere e io il cuoco e si è riempito di compagni in modo impressionante. Quasi subito è stato il riferimento di tutta la sinistra torinese, era il primo esperimento di un locale gestito da compagni a Torino; a Roma era stata fatta una cosa come la mia da alcuni compagni in Trastevere, dove però erano una decina a ruotare e lavorare lì dentro. Ero andato a vederla prima di comprare qui per vedere come erano organizzati. Noi eravamo in due, e c'era un sacco di gente, e anche tra i clienti anche qualcuno della questura. Dopo la questione Sofri sono usciti un sacco di libri, uno di questi si intitolava E se ne andavano alla spicciolata, che aveva fatto l'avvocato Sandro Arnoni che poi è morto, andando a estrapolare dagli annali di polizia, da questi enormi fascicoli del processo principale. Qui a un certo punto c'è scritto: e poi Lotta Continua ha aperto una trattoria dove si mangia anche bene... E io ogni tanto guardavo questi clienti e qualcuno mi puzzava! Li guardavo ma non ne ho mai avuto la sicurezza... Fino a che poi c'è stato un primo convegno di scioglimento ad Architettura, roba dell'ottobre/novembre '75, P. è rimasto in piola, io ho deciso di fare il contrario, e lì tutti se la son presa con tutti... gli operai con le donne, le donne con gli operai, gli operai con Sofri... e si è deciso lo scioglimento che poi è stato formalizzato nell'ottobre del '76. Io sono stato malissimo, come al solito, e sono stato 40 giorni al manicomio di Grugliasco, nel '75, poi P. mi ha detto guarda che anch'io me ne vado e allora abbiamo venduto, nel '76, io sono stato un po' a meditare sui miei malanni e poi mi sono iscritto a legge.

### **Quindi tu hai fatto anche l'esperienza manicomiale, ma ci sei finito come?**

Ma ci sono finito perché ho rubato una macchina, davanti alla piola, poi mi son messo a dormire dalle parti di Venaria e si è fermata una macchina della polizia, mi han chiesto i documenti e io gli ho detto: guardi non li ho, la macchina è rubata, e mi han portato a Venaria dove ho tentato di distruggere la cella perché non mi lasciavano andare al gabinetto, mi han portato alle Nuove, alle Nuove è venuto un magistrato a interrogarmi, mi ha chiesto se avevo un avvocato, e io sì ne ho due, ah due, i nomi? Sacco e Vanzetti e lui ha scritto Sacc... poi se n'è accorto e va bene, allora vada 40 giorni in manicomio. Mentre uscivo dalle Nuove sono stato picchiato dagli agenti.

### **Com'era, allora, il manicomio?**

Era un macello, c'era un grande salone, eravamo 180 a Villa Azzurra - Reparto Osservazione, la gente girava come palline impazzite, eravamo tutti sempre in piedi in questo salone, non facevamo niente tutto il giorno. Poi c'erano delle camerate che partivano da questo salone con letti di qua e di là, finestroni. Poi una infermeria, ma piccola, mi ricordo che c'erano degli psichiatri che conoscevo, c'era la A., molto brava, e anche D. molto bravo anche lui, però capisci il luogo era inadeguato alle cure.

### **E che trattamento c'era? Farmacologico?**

Pillole, come quelle che avevo visto al militare, bianche rosse e gialle... che non so nemmeno cosa fossero, penso neurolettici

### **Perché, nessuno si sognava di dirti cosa prendevi?**

Gli psicofarmaci erano in un momento di grande crescita, erano cominciati a uscire nel '52, il lagartil, la clorpromazina, un forte neurolettico che credo sia usato ancora adesso. Basti dire che una volta nella mia casa di campagna dove andavo a lavorare non ho dormito tutta la notte e per me quello è un sintomo gravissimo, ancora oggi se mi capitasse andrei dritto in ospedale

### **È il tuo campanello d'allarme?**

Il mio campanello d'allarme, per me non riuscire a chiudere occhio la notte è gravissimo. Allora io avevo il lagartil e ne ho prese due pastiglie da 100mg, ho telefonato a Torino per dire che non potevo venire perché stavo male e ho dormito 15 ore. Così sono riuscito a scampare una fase maniacale, avevo questa psicosi maniaco depressiva che oggi chiamano bipolare, e così me la sono scampata, mi è capitato altre volte di dormire e così evitare la crisi. Mi è successo due volte, una a Pinerolo e..

### **Diciamo che conoscevi te stesso, da questo punto di vista**

Eh sì, è stato fondamentale. Perché poi lo dico spesso, questo è un disturbo che riguarda ciascuno di noi, non si possono fare degli schemi, ognuno la vive come gli viene. Così come l'efficacia dei farmaci, ognuno ha la sua efficacia, ad alcuni fanno bene, ad altri male e ad altri ancora non fanno niente. È un piano inclinato, la crisi maniacale, quando tu cominci come dire a – non voglio usare parole cretine – ma quando cominci a non essere più capace a capire le cose, non è che ti accorgi subito che sta arrivando una crisi, poi si auto gonfia da sola, cominci ad avere un eccesso di programmazione, è una cosa classica per me, allora ecco dunque sì adesso devo fare questo e poi questo e poi questo... se io lo dicessi e lo scrivessi vedrei chiaramente che non è possibile fare tutto questo, tutto insieme, e questa è una. Si comincia ad avere la logorrea, a parlare molto e a parlare con gli sconosciuti, per strada, a fare il fesso con le ragazze per strada, tutte cose non solo che non vanno bene, ma io mi son preso anche delle botte dalla gente

### **Rischi, anche. Quando tu sentivi arrivare la crisi avevi una tua strategia? Dormire, dicevi..**

Quella volta è stato un caso che avessi in casa un forte sedativo, un'altra volta avevo da fare una iniezione e io non sono mai stato dedito a queste cose, non ho mai avuto il coraggio di farle le endovena, non sono capace, e comunque non era una buona idea. La cosa migliore sarebbe che tu avessi uno psichiatra di riferimento che sia anche un po' un amico, che puoi raggiungere telefonicamente e che possa venire immediatamente. Così si può anticipare, il gioco, se no..

### **Se no se lasci andare prima o poi arriva**

Se no prima o poi ti prende qualcuno e tu sei fuori lo stesso. Un mio amico, L., che forse hai sentito

### **Sì, stamattina ci siamo visti, mi ha raccontato molte cose**

Ecco lui una volta ha avuto una crisi maniacale delle sue, molto simili alle mie, e ha deciso di non prendere le medicine per quattro mesi, ma se non le prendi la crisi va avanti... e poi diventa pericoloso, una volta voleva andare a comprare un ristorante con un socio che era un delinquente, un'altra volta è venuto in casa mia in campagna che c'era un sacco di gente con due plateau di orologi di quelle patacche che sembrava che facesse il falsario.. e non va bene

### **Infatti lui mi ha detto che i TSO che ha avuto lì ha avuti in quei momenti lì**

E certo, e anch'io, io ne ho avuti di TSO

### **Anche tu, non sempre quindi sei riuscito a prevenire**

No, non sempre sono riuscito a prevenire, ma ti dirò di più, il primo contatto con il problema della contenzione non è stato al manicomio di Grugliasco, lì per la prima volta ho visto un uomo anziano, non tanto a dire il vero, avrà avuto 50 anni, legato come un salame, ho chiesto ma che ci fa legato come un salame? E poi dispiace dirlo ma un giorno che non era legato come un salame ha preso e si è buttato sotto il treno, ma certo non poteva mica vivere tutta la vita legato a un letto, non era possibile. Io invece la prima volta... dopo il militare, perché da militare non sono stato ricoverato, mi avevano mandato in medicina generale e poi sono venuto a casa. Un anno dopo e avevo già la piola ed era il marzo del 74,

### **Quindi siamo a prima delle legge 180**

sì sì, marzo 74, stavo male, bevevo, sentivo..., ero proprio fuori, e non so perché mi hanno portato a Villa Cristina, un pessimo posto, un posto davvero pessimo, sporco, con infermieri che sembravano degli aguzzini, proprio come si legge nel libro, mentre ero lì

### **Scusa ma perché eri finito lì?**

Ma per un vecchio amico di mio padre, un vecchio psichiatra che non capiva una minchia... ero lì, e mentre ero in gabinetto sono arrivati due nerboruti che mi hanno agguantato mi hanno legato come un salame e poi mi hanno fatto un elettroshock, senza anestesia. Una cosa terribile

### **Anche questa ti sei vissuto... c'era Coda? Era il periodo di Coda?**

No, non so, io Coda l'ho visto dopo al processo... e arriva sto medico alto e grosso, io non lo conoscevo, con questa macchinetta, si è messo lì, io legato, e insomma un dolore enorme ma non solo, la sensazione che... gli occhi vedevano solo dei cerchi concentrici neri e blu, mentre passava la corrente, avevo la sensazione che il cervello rimanesse danneggiato e questo mi spaventava ancora di più, ho pensato non è che esco da qui peggio di come entrato? E poi un dolore fisico pazzesco, tutto il corpo, fa un male cane

### **Naturalmente né prima né dopo nessun si è premurato di dirti perché**

No no, questo proprio tipo Coda, figurati io ero lì che ero andato a pisciare... senza che nessuno mi dicesse niente. Veniva usato come deterrente, così, come mezzo di controllo dentro la struttura, e anche come punizione, tutto meno per quello per cui quei poveri deficienti che l'hanno inventato lo avevano inventato, perché l'avevano inventato pensando che funzionasse. Come si faccia a pensare una cosa del genere ancora non l'ho capito, come si fa a pensarlo, ma come per tutte le terapie scioccanti, come l'insulina. Comunque io il giorno dopo ho telefonato a G., che era stato uno dei primi ad aprire un ambulatorio territoriale, lui era stato l'ultimo direttore del manicomio femminile di via Giulio, è stato tanti anni lì, poi quando si è sentita aria di riforma – aria che andava avanti dal '60 - lui forse non era uno convinto... ma comunque aveva un'idea diversa della cura psichiatrica, e gli ho telefonato e gli ho detto senti portami via da 'sto cesso perché se no... e lui è venuto, ha chiesto e ha verificato perché nella cartella clinica c'è scritto, ma c'era scritto solo TEC, uno transcranico e uno lombo pubico, perché questa era la procedura, ma basta, e una diagnosi, che era maniaco depressivo, questo era fuori discussione. Poi G. è venuto anche a trovarmi un anno dopo a Grugliasco, perché questo succede nel marzo '74 e poi io nel dicembre '75 vado a Grugliasco. Io avevo anche una grande resistenza a questo concetto di malattia, un po' per quello che avevo letto, un po' perché mi sembrava una forzatura, io non avevo quasi mai momenti depressivi, quindi quando mi dicevano quello io... non va bene. Comunque come ho capito poi dopo tanti anni e frequentando tanta gente, io avevo 25 anni, c'era una grossa resistenza ad ammettere di avere una malattia mentale, tu immagina cosa vuol dire

### **Un etichettamento tremendo**

Un etichettamento di fuori, e nello stesso tempo anche dentro, tu tutta la vita sai che sarai quello, che sarai limitato da quello e quella cosa è grave, e in qualche modo è peggio di chi commette dei reati, perché chi commette reati o colpa o dolo ma in qualche modo ... ma chi ha una malattia mentale di che cosa è mai colpevole? Eppure viene scartato peggio di un criminale

### **Tu hai sempre avuto forte questa percezione dello stigma?**

Ma si capisce! Per quello che io poi sono riuscito – non subito, eh – ma sono riuscito a lavorare sul concetto di malattia, anche con il lavoro che faccio, sul riconoscimento di malattia, che secondo me non può non esserci, perché se no una persona non accetta le cure, se io non sono convinto di essere malato mi dici perché mai mi dovrei curare? Se penso che io sono fatto così e fatti i cazzi tuoi perché mi devo curare? Allora la prima cosa che deve fare uno psichiatra non è l'esordio mica l'esordio, il TSO... deve instaurare un rapporto tale con il paziente da convincerlo che ha bisogno di cura, che non lo sta scannando e non lo sta ingannando, poi che le cure siano alcune buone e altre no, questo è un altro discorso, ma se pensi che non sei malato accettare di curarti è una vera follia

### **È chiaro che se la malattia continua ancorarsi a una sorta di biasimo morale nessuno tende ad ammettere...**

Certo, c'è anche questo aspetto qui, il nodo della malattia morale, e invece non sta né in cielo né in terra. Ma è la giustificazione di un trattamento... perché io ti chiudo e ti lego perché tu sei anche moralmente abietto, non perché ti sei rotto una gamba, perché se ti fossi rotto una gamba non ti tratterei così male. E niente... lì sono stati i miei episodi, siamo a 1, 2...3, TSO e ho in totale 16 ricoveri

### **Ma siamo sempre nel periodo pre 180?o a scavalco?**

Finisce con il '75 per me, nel '76 sto bene, nel '77 ero fuori ma.. sto bene, nel '78 sto bene, e nel '79 a quasi quattro anni dalla crisi di Grugliasco sto di nuovo male. E lì mi sono davvero cadute le braccia perché se i tre episodi precedenti tra il '73, '74 e il '75 potevo farli risalire a un momento... dal quale poi ero uscito, invece nel '79 mi scoccia un po', mi scoccia un po'.



### **Ti sei dato delle tue ragioni?**

Mah, ho cominciato a ripensare a tutto quanto, rispetto alla malattia, alle mie possibili fragilità, vulnerabilità, perché io a un certo punto franavo, c'era anche l'alcool di mezzo, ma questo però è difficile valutarlo, intanto io non ero proprio super alcolista, si capisce bevevo e bevevo parecchio, ma più da giovane che dopo. Dopo il 79 dopo la riforma c'era ancora G. piazzato ora nel repartino delle Molinette, il primo che hanno fatto a Torino, e allora io sono andato lì

### **Sei andato di tua volontà, in quel caso?**

Sì di mia volontà però poi sono scappato, poi sono tornato, non ricordo, ricordo che stavo sempre vicino alla porta che aveva un comando elettrico e quando entrava qualcuno che andava a trovare qualcuno io passavo... e uop! Quel giorno c'era un compagno, P., con un camion sotto le Molinette e mi ha portato al bar in via Tarino! E insomma poi G. mi dice vuoi andare al Fatebenefratelli? E io ma se vuoi che vada vado... era un posto assolutamente impossibile, era allora gestito dai frati ed era una casa di cura psichiatrica ma era anche una casa di cura e custodia ai fini del codice penale, quindi dentro – a parte un bar ben fornito ed erano tutti ubriachi me compreso – c'erano anche delinquenti, gente che si picchiava la notte, e io ho telefonato a G. e gli ho detto senti io me ne vado a casa di un mio amico perché qua..

### **E cosa avresti dovuto fare lì?**

Boh, stare lì... allora non si usava affatto, adesso si usa molto, dopo il repartino ti fanno fare un periodo di post acuzie, la chiamano, e in genere in una casa di cura, allora non si usava e non so perché G. mi avesse proposto il Fatebenefratelli che faceva pena come Villa Cristina, più o meno, non era una caserma ma... era a San Maurizio Canavese, c'era quello e poi è venuto anche un altro, Villa Turina, ma io non ho avuto il piacere di starci. Comunque quello era un postaccio. Comunque a colpi di neurolettici ne sono uscito. C'è da dire che le crisi maniacali – l'ho capito poi allontanandomene – non sono tutte uguali, alcune sono più gravi e altre meno, sono chiamate ipomaniacali, e ripensandoci dopo ti accorgi che in alcune hai fatto delle cose che presupponevano uno stato reale di incapacità di intendere e di volere. Io ricordo un giorno che sono andato qui sul ponte sul Po e ho buttato giù carta di identità, patente, chiavi di casa, portafoglio, tutto giù, perché io ero convinto che quella persona riprodotta lì nella carta di identità, con la foto e con quel nome non ero io e non vedevo perché dovessi tenerlo.. poi dopo un po' sono sceso nel Po con l'acqua fin qui per cercarli. altra idea geniale! E nei TSO che ho avuto sono sempre arrivato imbragato, io, in repartino, cioè TSO e repartino uno qui, uno a Carmagnola, e mi facevano l'iniezione di sedativo e poi mi legavano. Io nel 98 ho avuto l'ultimo ricovero al Giovanni Bosco

### **Scusa, ma sempre, per principio e a prescindere?... ma quante ne hai fatte di queste esperienze di contenzione?**

Ma di contenzione non tante, poi ti dirò anche..farò un libro un giorno, ho tutte le 16 cartelline dei 16 ricoveri... il primo TSO l'ho avuto alle Molinette, nel 79, perché come fanno tutti io ho detto se voi mi tenete qui ancora o mi fate il TSO oppure è sequestro di persona e allora la A. che è una palluta ha preso il modulo ha firmato e ecco qua il TSO, sei contento? E così me la sono tirata.. e invece degli altri uno mi è successo qui [a casa], è arrivata la SUP, io non è che mi ricordi che ci fosse troppo casino, e anche qui mi han fatto l'iniezione e mi hanno imbragato e sono arrivato al repartino al Mauriziano dove c'era una dottoressa che era una brava dottoressa ma non aveva molta idea di come aiutarmi, guarda te lo faccio fare io il TSO se no ti rovini. Poi a Carmagnola non mi ricordo, ovviamente avrò fatto cose sconvenienti, in piazza o cosa, ed è arrivata l'ambulanza e anche lì mi hanno imbragato, e portato al Santa Croce di Moncalieri, non in psichiatria ma comunque imbragato, ed era primario F., un vecchio compagno, ai tempi volevano dargli 10 anni perché da militare volevano imputarlo di spionaggio, poi non è successo niente, e F. mi dice: ma cosa fai legato lì? E che ne so ... e anche lì lasciandomi dormire grazie al sedativo e quando mi sono svegliato era tutto normale, la cosa è strana... e la stessa cosa mi è successa a Pinerolo, nel 90, mi ha accompagnato mio

padre al reparto del Mauriziano, era pieno e allora andiamo a Pinerolo, bene, a Pinerolo e io stavo male, per carità, ma ho dormito e dopo il primario dice ma lei che ci fa qui? Ma io stavo male, ma lei sta benissimo, fuori! Ecco, c'è questo andare e tornare della mente che tu non riesci a renderti conto e a controllare, e il sonno per me e la mia miglior medicina, se poi non riuscivo dovevo... Fino al '98, che è stato per fortuna mia il mio ultimo ricovero, grazie a Z., non c'erano molte contenzioni nei reparti torinesi, io ne ho viste poche, una al Mauriziano, una signora grassa, che urlava come un'aquila, ma non è che fosse... io ho visto anche picchiare dei pazienti, ma non è che fosse una cosa endemica. È dopo che è cominciato, dopo l'anno 2000, hanno cominciato, intanto qualcuno dice che hanno poco personale, che a me sinceramente sembra una stupidaggine, non ne hai più di uno o due che fanno casino e manda qualcuno a gestire la situazione. Quando poi è scoppiato il caso di Casu e poi quello di Mastrogiovanni è venuta fuori una modalità diversa, Mastrogiovanni è rimasto legato tre giorni, a Cagliari, e senza assistenza, tre giorni senza assistenza, magari gli avranno bagnato le labbra ogni tanto, ma.. poi è morto e non poteva essere diversamente, sono stati in parte condannati i medici e poco gli infermieri, c'è ancora un pezzo del processo che va avanti dopo anni. La contenzione denunciata a Milano da Telefono Viola era diffusa al Niguarda. non era uno ogni tanto

### **Qui a Torino dicevi?**

A Torino io non ho più una informazione diretta, non sono più stato ricoverato ma dopo il 2000 ho sentito tante volte parlare di contenzione, al punto che uno dei nostri psichiatri più bravi mi ha fatto leggere una cosa che voleva pubblicare, in cui si diceva la contenzione soltanto se... e io gli ho detto senti no, no, noi no

### **Cosa voleva dire?**

Lui dava dei casi in cui data la gravità della situazione si poteva a certe condizioni e io gli ho detto no, e infatti lui poi l'ha cambiato, noi siamo fermi su questa cosa, noi siamo rigidi su questa cosa, non è possibile mai. Poi è certo che andiamo a scontrarci con le realtà giuridiche, poco ma sicuro, ma come dice la norma tu non puoi legare una persona senza il suo consenso, perché ti dà fastidio o perché non hai altri che ti aiutino, la Cassazione ha definito stupidaggini quello di dire non ho abbastanza personale. Se tu leghi qualcuno poi lasci lì uno del personale che vede come va e come non va, poi lo sleghi e vedi come va, ma non lo lasci là come se fosse un rompiballe qualunque, questo non lo puoi fare. Perché questa è violenza, che sia privata o lesioni o percosse come dice la corte, cambia poco

### **Tu dici che c'è una giurisprudenza che è chiara, su questo?**

Ma vedi poi la mediazione in questa materia avviene sempre con delle valutazioni che sono rimesse allo psichiatra, e questa è una cosa che vale anche per il TSO, ho fatto opposizione per uno poco tempo fa. Per un TSO ci sono tre condizioni necessarie: che ci sia una condizione di malattia grave che richiede provvedimenti urgenti, due che non voglia prendere le medicine, tre che non vi siano soluzioni extraospedaliere, come a casa sua eccetera, più che tu abbia fatto uno sforzo non formale per convincerlo ad accettare un ricovero volontario, cosa che quasi nessuno fa. Ma il punto più fragile di queste caratteristiche è proprio la valutazione degli interventi urgenti per una situazione grave, perché questa è completamente rimessa allo psichiatra proponente, faccio io la proposta, chi lo deve dire? C'è un controllo di un secondo psichiatra? Il tribunale come fa a verificare oggi se ieri eri da ricoverare o legare oppure no? Le tutele giudiziarie in questa materia che siano amministrative civili o penali sono sempre molto difficili. Io ho sempre sostenuto che se uno vede una persona legata deve sempre fare una denuncia. Esci vai dai carabinieri e fai una denuncia e poi vediamo. Almeno proviamo, non si può tollerare questo fatto

### **E ti sta capitando questo, delle denunce?**

Mah, ma io lo vado dicendo... c'è questa proposta di riforma che viene da Trento, da questo psichiatra che ha fatto cose egregie lì, anche perché Trento è il comune più ricco d'Italia, hanno più possibilità, ma la cosa

importante è che lui vuole utilizzare utenti e famigliari esperti, detti UFE, utenti famigliari esperti, per fare assistenza notturna nei reparti. Il che avrebbe un grande senso perché se non c'è nessuno che vede? come fai se no a controllare cosa avviene? Non è facile. D'altronde un divieto assoluto in Italia non sono riusciti a farlo nemmeno per l'elettroshock

### **Ecco, tu sai se sulla contenzione ci sono delle linee guida regionali? O nazionali? Oppure ogni SPDC fa a modo suo?**

Non c'è nessuna formazione, è uno strumento che viene utilizzato... ti dico quando la cassazione condannò quelli di Mastrogiovanni, disse che non era accettabile, non era ammissibile la giustificazione di avere poco personale, zero, ma un divieto normativo appare impensabile e le linee guida le uniche che ricordo sono le ultime sul TSO di Marco D'Alema [ex consigliere Ministeri Salute, 2008]. poi ricordo qualcosa sulla contenzione ma non era già più lui in ambito Conferenza Stato Regioni.

Comunque, nei reparti bisogna parlare di contenzione fisica ma anche chimica, cioè nei reparti ti danno delle quantità di sedativi impressionanti, che nessuno ti aveva prescritto, se vuoi sono date per sedarti e per favorirti il rientro in una condizione migliore di capacità, però occorre anche porre attenzione, e poi tutti nella stessa quantità, 80 di serenase, 80 di questo e 40 di quello... e tutti in fila quando la caposala dice terapia! E ci si mette tutti in fila, e via, se qualcuno poi riesce a dormire va anche bene...

### **Stavi facendo prima un discorso interessante su Trento, da cui si desume anche che un certo tipo di presenza, attenzione e relazione potrebbe essere utile a limitare il ricorso alla contenzione**

Certo senza dubbio, se si volesse consentire visite anche a sorpresa di una struttura fatta di utenti e di famigliari oppure di associazioni che a un certo punto vanno lì suonano e se trovano qualcuno legato vuole sapere da quanto.. perché anche lì c'è un problema, tutto deve essere annotato in un registro e dunque si vede quanto è stato legato, però queste sono cose difficili perché c'è molta resistenza da parte della psichiatria dei reparti

### **Che idea ti sei fatto delle tendenze della psichiatria torinese in questi ultimi anni?**

La psichiatria torinese come credo anche altre ha avuto un momento di grande entusiasmo negli anni della riforma, si sono affermati degli psichiatri molto capaci e molto umani, disposti ad ascoltare anche la psicologia del paziente, cosa che gli psichiatri tendenzialmente non fanno, un po' perché non se ne intendono, comunque non lo fanno. Poi nel corso degli anni si sono spenti gli entusiasmi, adesso ne parlo con Z. quando ci vediamo per questa Radio che facciamo, e lui diceva va bene i manicomi non ci sono più, ricominceremo... una psichiatria territoriale non è oggi il problema, il problema poteva essere questo quando c'era da chiudere i manicomi, creare una psichiatria di comunità, oggi si tratta di rifondare una psichiatria che curi, che curi come deve, e deve farlo e farlo bene. Devi farlo con interesse, devi crederci. Per esempio, è partita questa cosa delle storie di guarigione di cui si occupa Tibaldi, che dà visibilità alle storie di guarigione, perché la psichiatria funziona se c'è una alleanza tra paziente e medico e questa alleanza deve essere fondata anche su un sentire comune circa la possibilità anche della guarigione o comunque di un miglioramento, un miglioramento magari delle condizioni di vita, se non sarà la guarigione vorrà dire che sarà che io starò meglio, che non starò più come un cane come sto adesso.. e invece su questo dagli psichiatri che io sento a Torino non c'è un grande interesse. È una cosa da discutere, non è che uno non può fare l'avvocato se non gliene frega del cliente ma sarebbe meglio che gliene importasse e dovrebbe esserci una ripresa nella fiducia nella psichiatria, non che ti serva solo a controllare e fare una iniezione una volta al mese, che tra l'altro questa è una cosa che sta sulle balle a tutti quelli che la ricevono in maniera odiosa, dicono che gliela fanno perché poi non sono sicuri che la prendano da soli a casa, ma allora sei tu che devi essere sicuro che lui prenda le medicine. Invece ecco qua le medicine, si diceva prima della condizione già infima e che ti bolla del malato di mente, a un certo punto non le prendi neanche più, ma io ne faccio a meno, non me ne importa niente. E poi ah non l'ha presa, e allora facciamo l'iniezione obbligatoria. Anche

su quella io avrei qualche riserva, il punto “proprietà del proprio corpo”, no?. Mi è capitato una volta con un paziente a cui facevano in continuazione TSO e nient'altro, gli abbiamo scritto una lettera allo psichiatra in cui diceva guardi io sono d'accordo a fare le cure, ma l'iniezione a depot non la voglio fare, sia ben chiaro, e non gliel'hanno più fatta. Perché anche qui, io ho sostenuto anche recentemente a Bologna, che l'articolo 28 della costituzione sulla libertà di cura funziona solo se viene travolto il tuo dissenso non se manca il tuo consenso, allora il dissenso deve essere esplicito e manifesto e se viene travolto, è violenza privata. ma se non dico niente o se accetto le medicine io poi non posso andare lì a dire che non volevo.

### **Questa però è la fragilità dei pazienti, cioè la relazione psichiatra paziente mi pare una relazione enormemente asimmetrica**

si capisce che è asimmetrica, anche perché molte volte non sono loro che vanno da soli magari sono i genitori che li portano dallo psichiatra, è già molto se qualcuno spiega perché è stato portato dallo psichiatra, e non basta dire hai rotto una finestra o ti sei messo nudo a prendere il sole sul balcone, non basta perché questo può farlo chiunque, anche se non ha una malattia mentale ma sarà qualcos'altro e dipende da soggetto a soggetto. Se non riesci a convincerlo vuol dire che non te ne occupi abbastanza, e allora legghi, TSO, reparto, poi esci poi dopo un po' torni a comando... ma questa non è una terapia, questa non è medicina, è un'altra cosa che non so cos'è ma non è medicina. Guarda che il TSO è come un arresto solo che purtroppo invece che andare davanti a un pm o a un giudice che convalida o meno, vai davanti a un giudice tutelare che op!, firma e non c'è uno spazio per difenderti, zero, non c'è la possibilità di difenderti. Se tu avessi uno straordinario tempismo potresti far avere come avvocato una memoria o documenti clinici, al giudice tutelare, ma non ci sarebbe tempo, la convalida è firmata per urgenza, io firmo e convalido, non vado poi a vedere se stava così male o così bene. E il controllo del tribunale è tardivo, avviene troppo dopo, io l'ho fatto per un ragazzo di Pinerolo, ho detto allo psichiatra del SPDC: guardi io ho depositato questo al tribunale, bene grazie e arrivederci. Tant'è che il tribunale ha detto che non c'era niente da dire, ma lui l'ha dimesso il giorno dopo, perché non voleva storie, perché questo dà fastidio. Che altro posso dirti?

### **Ma questa cosa che hai detto sulla relazione psichiatra paziente mi pare centrale. Qualcosa sul sistema, proprio, CSM e SPDC, perché non funziona? Perché inadeguato?**

Il CSM che ti segue può fare due firme e mandarti in reparto con il TSO, se serve, però quello che va detto è che gli psichiatri non seguono davvero i loro pazienti quando si profila una crisi, tanto è vero che poi fatto il ricovero non vengono in reparto a vedere come stai e come non stai, nel reparto c'è altro personale e altre terapie, soprattutto, tu non fai più le terapie che ti ha prescritto il tuo psichiatra, la terapia precedente viene sospesa, tu prendi questi sedativi, perché altro non ti danno e sarebbe lungo il discorso sugli psicofarmaci, comunque io non penso che funzionino più di tanto se poi non c'è una terapia psicologica non è possibile aiutare nessuno a uscirne, se sono appena un po' gravi. Poi questo farmaco può anche servire, in modo strumentale, darglielo perché sia più tranquillo, o perché dorma regolarmente, però il nocciolo del malessere mentale non è un fatto biologico, è fatto di storia personale, cose che tu hai avuto e se non si possono rimuovere si possono però correggere gli effetti che tu hai ancora oggi, prendere coscienza che ancora oggi tu stai patendo alcune cose come il bambino incazzato che è stato sgridato ingiustamente... ecco questo è quello che cura, non i farmaci che non sono previsti per questo ma sono nati per contrastare alcuni sintomi, come anche gli atipici che danno per la schizofrenia, ma non sono quelli che curano. Io non riesco a vedere altro che la tua storia nel tuo disagio, nel tuo dolore, pezzi della tua storia, hai avuto queste cose, in parte le hai dimenticate in parte puoi averle spostate, ci sono sistemi di autodifesa per cui le cose marciano ma tu ti porti dietro sempre le stesse cose, e allora se lo psichiatra non è in grado fai una psicoterapia con uno che la sa fare

### **E nel sistema pubblico questo per lo più non avviene?**

E rarissimo che ti paghino una psicoterapia, rarissimo, anzi ormai la tendenza è quella di darti gli psicofarmaci a depot, magari che costino anche poco come l'aldol, ma se anche costano di più non cambia niente, questo

almeno ti risolve questa incapacità di risolvere i problemi anche semplici, che noi siamo capaci quando stiamo bene di risolvere, se non stai bene non sei capace neanche di metterti i pantaloni per il verso giusto perché sei fuori di melone...

**Un'ultima cosa, poi ti lascio, tu sei dentro giri che si muovono su questi temi. Sulla contenzione in questo momento se ne occupa qualcuno? O non è all'ordine del giorno? Qual è il tuo sguardo?**

Proposte concrete per cambiare le cose o per tenerle sotto controllo io non ne ho sentite da nessuna parte, questo è il problema, forse perché adesso la situazione della psichiatria torinese è drammatica sul punto cure ma anche risorse, se vogliamo, anche se quello delle risorse è un discorso anche sbagliato... Z., per esempio, è un bravo psichiatra, ha fatto tutto in questi anni anche se non c'erano soldi, non è che è cambiato qualcosa, se uno vuole fare lo fa, chiacchierare con i pazienti non è una cosa che costi molto, eh? Cerchiamo di non prenderci in giro su queste cose. Certo, questa [della contenzione] è una cosa particolarmente illegale, io continuo a pensarla così, negli anni io sono stato anche male ma ho continuato a leggere e ho letto molto e continuo a pensare che la contenzione non possa fare parte di una terapia, non può fare parte mai, è un insulto alla persona, poi se la persona è molto agitata ci sono i neurolettici e i sedativi, e si calma, l'ho provato sulla mia pelle, facevo un casino del diavolo, ero al Mauriziano, '82, e davo dei calci ai grandi portacenere e li facevo volare, a un certo punto è uscito uno che era anche maestro di sci e faceva l'infermiere lì e ha detto adesso calma e ha preso e mi ha fatto due iniezioni, una di e una di, una per chiappa, e ho notato l'efficacia calmante immediata di questa cosa, e non ho più dato calci al portacenere e mi ero calmato. E questo è uno degli effetti buoni dello psicofarmaco, ma ripeto non che mi racconti che cura la malattia mentale, lo psicofarmaco, che è una scemenza. Soprattutto adesso non so se hai letto di una teoria concepita negli anni '60, sui neurotrasmettitori, sempre quelli, dopamina, adrenalina epinefrina eccetera. Quanti anni sono passati, si sono ingrassate le case farmaceutiche, vendendo o dei farmaci che bloccavano i recettori o che li potenziavano, oppure che li inibivano, quello che vuoi tu. E insomma, poi in autunno due scienziati americani ma con il consenso di molti altri pubblicano che questa teoria catecolaminica delle malattie mentali non aveva alcun fondamento scientifico. Ecco questo è quanto. Quindi non mi raccontare che mi stai curando, dimmi che mi stai sedando, e va bene, ma non che mi stai curando. La cura è di ciò che abbiamo nella testa e che ci crea confusione.

**Detta così assomiglia a una proposta di rifondazione...**

Oggi ci sono psicologi che sono in grado di fare terapie idonee, non è come una volta che si diceva lo psicoanalista costa tanti soldi, ci sono psicologi anche nelle Asl, che ascoltano, ti dicono e ti curano. Questa è la via per mantenere una psichiatria territoriale, perché se no finisce che riaprono o fanno sempre più utilizzo di strutture di contenimento, come già ce n'è tante, tantissime, quando viene la legge 180 la legge prevede una sola struttura di ricovero, che è l'SPDC, e basta. Poi nel corso dell'applicazione della legge, dall'80 al 2000, nel percorso di chiusura reale e concreta dei manicomi, viene fuori che non sanno dove metterli, e allora cosa fanno? Cominciano ad aprire queste comunità, vari tipi di strutture terapeutiche di tipo a e b e c... e poi le comunità alloggio, da riempire con la gente che era stata tolta dai manicomi. Mai normate, anche se nel 97 arriva un DPR che si occupa degli standard di queste strutture, larghe lunghe alte e basse, ma non c'è nessuna legge e nessuna norma che parli delle strutture, solo nel progetto obiettivo del 94 si parla per la prima volta di comunità, ma allora erano funzionali alla chiusura dei manicomi, non a metterci la gente che non hai voglia di curare sul territorio. Se non hai voglia di curare non curerai mai, io ho conosciuto un sacco di psichiatri che sono così, sono ignavi per dire una parola elegante, cioè: non gliene frega un cazzo di niente. Anche quando... a me capita di spingere qualcuno ad andare dallo psichiatra, a tirar fuori questo dolore, magari i rapporti famigliari che vanno sempre peggio, e loro vengono spesso respinti, viene data una prescrizione e un arrivederci a presto. Non è tollerabile, non è un reato ma è uguale alla contenzione, quanto a desiderio di fare bene il proprio lavoro.



## Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2006), «La contenzione in psichiatria», *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 130(3) (numero monografico con scritti di Borgna, Norcio, Ruta, Minenna, Paterson, Petrini, Caretta, Brutti, Parlani Brutti).

Agrimi E., Spinogatti F. (2005), *Il sottile filo rosso. Violenza e malattia mentale*, Roma, CIC.

Attenasio L., Di Gennaro A., a cura di, (2012), *Il paziente grave. Dalla psichiatria alla salute mentale*, Torino, Armando.

Atti di convegno (2006), *Sofferenza psichica e politiche di salute mentale oggi in Italia e in Europa*, Rivista sperimentale di freniatria, 130(3): 143-146

Bak J., Brandt-Christensen M., Sestoft D. M., Zoffmann V. (2012), «Mechanical Restraint - Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint? - A Systematic Review», *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2): 83-94.

Bak J., Zoffmann V., Sestoft D. M., Almvik R., Brandt-Christensen M. (2013), «Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study», *Perspectives in Psychiatric Care*, 8: 1-13.

Basaglia F. (1968), *Postfazione*, in Goffman E., *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, 1961, tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, 2010.

Basaglia F., a cura di, (1969), *L'istituzione negata*, Torino, Nuovo Politecnico Einaudi.

Basaglia, F. (1981), *Scritti*, Torino, Einaudi.

Basaglia F., *L'utopia della realtà*, Einaudi, ed cons. 2005.

Basaglia F., Basaglia F. (1968), *Introduzione*, in E. Goffman, 1961 (tr. it. 1968).

Beghi M., Peroni F., Gabola P., Rossetti A., Cornaggia C. M. (2013), «Fattori di prevalenza e rischio per l'uso della contenzione in psichiatria», *Rivista di Psichiatria*, 48(1): 10-22.

Benevelli L. (2000), «La pratica delle contenzioni e dell'isolamento negli ospedali psichiatrici e nei servizi di salute mentale: aspetti deontologici, questioni di bioetica e una proposta di ricerca», *Il reo e il folle*, 14: 155-80.

Bergk J., Flammer E., Steinert T. (2010), «Coercion Experience Scale» (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures», *BMC Psychiatry*, 26: pp. 42-9.

Berzlanovich A. M., Schöpfer J., Keil W. (2012), «Deaths due to physical restraint», *Dtsch Arztebl Int.*, 109(3): 27-32.

Biancosino B., Delmonte S., Grassi L., Santone G., Preti A., Miglio R., De Girolamo G. (2009), «Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10): 1-11,.

Borgna E. (2006), «L'aggressività psicotica come scacco relazionale», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130(3): 13-21.

Bower F. L., McCullough C. S., Timmons M. E. (2003), «A Synthesis of What We Know About the Use of Physical Restraints and Seclusion with Patients in Psychiatric and Acute Care Settings: 2003 Update», *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 10(1).

Bowers L., Alexander J., Simpson A., Ryan C., et al. (2007), «Student psychiatric nurses' approval of containment measures: relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder», *International Journal of Nursing Studies*, 44 (3):349-56.

Bowers L. (2004), «Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients», *World Psychiatry*, 3(1).

Bowers L., Stewart D., Papadopoulos C., Iennaco J. (2013), «Correlation between levels of conflict and containment on acute psychiatric wards: The City-128 Study», *Psychiatric Services*, 64(5): 423-30.

Brutti C., Parlani Brutti R. (2006), «Contenzione e contenimento. Note storiche e prospettive antropologiche», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130(3): 123-132.

Burla F., Murgano A., Bruschini M., Cinti M. (2013), «Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e infermieri di reparto», *Prevention & Research* (Internet), Modificato 7 agosto 2013: <http://www.preventionandresearch.com/il-burnout-e-le-sue-componenti-confronto-tra-infermieri-di-area-critica-e-infermieri-di-reparto.html>.

Cardano M. (2007), «E poi comincia a sentire le voci...». Narrazioni del male mentale», *Rassegna italiana di Sociologia*, 48(1): 9-56.

Catanesi R., Ferrannini L., Peloso P.F., a cura di, (2006), *La contenzione fisica in psichiatria*, Milano, Giuffrè (con scritti di Bandini, Ferrannini, Peloso, Scapati e Maura, Di Sciascio, Benevelli, Catanesi, Troccoli e Carabellese, Peloso et al., Marcenaro e Daccà).

Catanesi R., Troccoli G. (2005), «Dietro il velo, ovvero responsabilità professionale e contenzione fisica in psichiatria», *Lo psichiatra*, I.

Cerasoli S. (2007), «Il consenso informato e le misure di contenzione», *Persona e danno*, [www.personaedanno.it](http://www.personaedanno.it).

Chamberlin J. (1985), «An ex-patient's response to Soliday» *Journal of Nervous and Mental Disabilities*, 173: 288-289,.

Ciulli, I. (2012), «I Trattamenti Sanitari Obbligatorii e il paziente con problemi psichici. Profili Costituzionali», *Amministrazione in Cammino* (rivista on-line).

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (1999), «Il trattamento dei pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici», <http://www.governo.it/bioetica/pdf/39.pdf>.

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (2000), «Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici», <http://www.governo.it/bioetica/pdf/44.pdf>.

CNB - Comitato Nazionale per la Bioetica (2015), «La contenzione: problemi bioetici, testo approvato e pubblicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, 16 aprile 2015», [http://www.governo.it/bioetica/pareri\\_abstract/La%20contenzione%20problemi%20bioetici.pdf](http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/La%20contenzione%20problemi%20bioetici.pdf)zione%20problemi%20bioetici.pdf.



Conferenza Delle Regioni e delle Province Autonome (2009) «Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione», Roma 29 luglio 2009.

Cooper D. (1978), *The Language of Madness*, Penguin, London; tr. it., *Il linguaggio della follia*, Feltrinelli, Milano, 1979.

Cornaggia C. M., Beghi M., Pavone F., Barale F. (2011), «Aggression in psychiatry wards: A systematic review», *Psychiatry Research*, 189(1): 10-20.

Correale A. (1999), *Il lavoro d'équipe*, in Berti Cerroni G., Correale A. (a cura di), *Psicoanalisi e Psichiatria*, Cortina, Milano.

Currier G.W., Allen M.H. (2000), «Emergency Psychiatry: Physical and Chemical Restraint in the Psychiatric Emergency Services», *Psychiatric Services*, 51: 717-9.

Currier, G.W., Farley-Toombs C. (2002), «Datapoints: Use of Restraint Before and After Implementation of the New HCFA Rules», *Psychiatric Services*, 53: 138.

Dal Lago A. (2010), *Prefazione*, in Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 2010.

Del Giudice G. (2015), *... e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Dell'Acqua P. (2015), *Isidoro, Luca, Marco e l'insensatezza della contenzione*, in Rossi S. (a c. di), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Dell'Acqua G., Norcio B., de Girolamo G., Barbato A., Bracco R., Gaddini A., Miglio R., Morosini P., Picardi A., Rossi E., Rucci P., Santone G. (2007), «Caratteristiche e attività delle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti: i risultati dell'indagine nazionale "Progres Acuti"», *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 13: 26-39.

Di Lorenzo R., Baraldi S., Ferrara M., Mimmi S., Rigatelli M. (2012), «Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems», *Perspectives in psychiatric care*, 48(2): 95-107.

Di Lorenzo R., Miani F., Formicola V., Ferri P. (2014), «Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8- Year Retrospective Analysis», *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10: 94-102.

Digilio G. (2013), «Sradicare la contenzione meccanica e la violenza nei reparti psichiatrici: dal dire al fare ...», [www.news-forumsalutementale.it](http://www.news-forumsalutementale.it).

Dodaro G. (2011), «Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico a rischio suicidario», *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6: 1483-1518.

Dodaro G., Ferrannini L. (2013), «Contenzione meccanica in psichiatria. Introduzione al focus», *Rivista italiana di medicina legale*, 1: 167-178.

Dodaro, G. (2011), *La Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*.

Franco Angeli, Milano, 2011.

Dodaro, G. (2012), «Il problema della legittimità giuridica dell'uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario», *Rivista di Medicina Legale*, 33: 1483-1528.

Dodaro, G. (2015), *Abolire la contenzione per legge?*, in Del Giudice G., ... *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Merano, Edizioni alpha beta Verlag, 2015.

Dollard J., Doob L.W., Miller N.E., Mowrer O.H., Sears R.R. (1939), *Frustration and Aggression*, New Haven, Yale University Press; tr. it., *Frustrazione e aggressività*, Firenze, Giunti-Barbera, 1967.

Duzzi B., Giovanardi I., Gradellini C. (2014) «La sindrome da Burnout negli infermieri», *L'Infermiere*, 5: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-275.htm>.

European Committee for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment (2012), «The Use of Restraints in Psychiatric Institutions», [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int).

Ferioli V. (2013), «Contenzione: aspetti clinici, giuridici e psicodinamici», *Psichiatria e Psicoterapia*, 32(1): 29-44.

Flammer E., Steinert T., Eisele F., Bergk J., Uhlmann C. (2013), «Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis», *Clinical Practice Epidemiology in Mental Health*, 2(9): 110-119.

Flores A., Magni L., Salteri A. (1994), «I mezzi di contenzione in ambiente psichiatrico. Una visione integrata», *Psichiatria Oggi*, 7: 47-49.

Foschi, R. (2012), *La libertà sospesa. Il trattamento sanitario obbligatorio, psicologia psichiatria diritti*, Fefe Editore, Roma (con contributo di G. Di Palma).

Foucault M. (1972), *Historie de la folie à l'age classique*, Éditions Gallimard, Parigi, tr. it., *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano, 1973.

Foucault M. (1975), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Editions Gallimard, Paris, tr. it., *Sorvegliare e punire*, Einaudi, 1977.

Foucault M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France 1973-1974*, Seuil/Gallimard; tr. it., *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973 -1974)*, Feltrinelli, Milano, 2006.

Frueh B., Cusack K., Grubaugh A., Sauvageot J., Cousins V. (2005), «Patients' report of traumatic or harmful experiences within psychiatric setting», *Psychiatric Services*, 56: 1123- 1133.

Gallagher A. (2011), «Ethical issues in patient restraint. How to use the “four-quadrant” approach to analyse different restraint situations», *Nursing times*, 107(9): 18-20.

Giuliano Scabia, a cura di, (1976), *Marco Cavallo. Una esperienza di animazione in un ospedale psichiatrico*, Einaudi, Torino.

Gobo, G., Mauceri, S. (2014), *Constructing Survey Data. An Interactional Approach*, Sage Publications, Los Angeles.

Goffman E. (1959), *The Presentation of Self in Everyday Life*, Doubleday, New York; tr. it., *La vita quotidiana come rappresentazione*, Il Mulino, Bologna, 1969.

Goffman E., (1961), *Asylums: Essay on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York; tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968 (traduzione di Franca Basaglia).

Goffman E. (1963), *Stigma. Notes on The Management of Spoiled Identity*, Penguin, London; tr. it., *Stigma*, Ombre Corte, Verona, 2003.

Goffman, E. (1971), *Appendice. La Pazzia del posto*, in Goffman, *Relations in Public*, 1971; tr. it., *Relazioni in Pubblico*, Cortina editore, Milano, 2008.

Goren S., Curtis W. J. (1996), «Staff members' beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. *Journal of Child and Adolescent*», *Psychiatric Nursing*, 9(4): 7-14.

Grassi L., Ramacciotti F. (2009), «La contenzione dell'infermo di mente e del tossicodipendente», [www.Ristretti.it/area\\_studio/salute/mentale/contenzione.htm](http://www.Ristretti.it/area_studio/salute/mentale/contenzione.htm).

Hardin S. B., Magee R., Vinson M. H., Owen M., Hyatt E., Stratmann D. (1993), «Patient and family perceptions of restraints», *Journal of Holistic Nursing*, 11(4): 383-397.

Hillard R., Zitek B. (2005), *Emergenza psichiatrica*, Edizioni Internazionali, Roma.

Hoekstra T., Lendemeijer H. H., Jansen M. G. (2004), «Seclusion: the inside story», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3): 276- 283.

Holland K. C. (1993), «An ethnographic study of nursing culture as an exploration for determining the existence of a system of ritual», *Journal of Advanced Nursing*, 18(9): 1461–1470.

Høyer G., Kjellin L., Engberg M., Kaltiala-Heino R., Nilstun T., Sigurjónsdóttir M., et al. (2002), «Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system», *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2): 93-108.

Huckshorn K. (2004), «Reducing seclusion & restraint use in mental health settings», *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 42(9): 22-33.

Huf G., Coutinho E., Ferreira M. A. V., Ferreira S., Mello F., Adams C.E. (2011), «TREC-SAVE: a randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial», *Trials*, 12: 180.

Husum T. L., Bjørngaard J. H., Finset A., Ruud T. (2010), «A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics», *BMC Health Services Research*, 10: 89.

Iversen K. I., Høyer G., Sexton H. (2007), «Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards», *International Journal of Law and Psychiatry*, 30: 504-511.

Kalisova L., Raboch J., Nawka A., Sampogna G., Cihal L., Kallert T. W., Onchev G., Karastergiou A., Del Vecchio V., Kiejna A., Adamowski T., Torres-Gonzales F., Cervilla J. A., Priebe S., Giacco D., Kjellin L., Dembinskas A., Fiorillo A. (2014), «Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive

measures? Results from the EUNOMIA international study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10): 1619-29.

Kallert T. W., Glöckner M., Onchev G., Raboch J., Karastergiou A., Solomon Z., Magliano L., Dembinskas Kiejna A., Nawka P., Torres-Gonzalez F., Priebe S., Kjellin L. (2005), «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», *World Psychiatry*, 4(3):168-172.

Kaltiala-Heino R, Tuohimäki C, Korkeila J, Lehtinen V. (2003), «Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care», *International Journal of Law and Psychiatry*, 26: 139-149, 2003.

Kaltiala-Heino R., Laippala P., Salokangas R. K. (1997), *Impact of coercion on treatment outcome*», *International Journal of Law and Psychiatry*, 20 (3):311-322.

Kaltiala-Heino R., Korkelia J., Tuohimäki C., Lehtinen V., Juokamaa M. (2000), «Coercition and restrictions in psychiatric inpatients treatment», *European Psychiatry*, 15: 213-219.

Kanski G. W., Janelli L. M., Jones H. M., Kennedy M. C. (1996), «Family reactions to restraints in an acute care setting», *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (6): 17-22.

Kjellin L., Andersson K., Bartholdson E., Candefjord I. L., Homström H., Jacobsson L., Sandlund M., Wallsten T., Östman M. (2004), «Coersion in psychiatric care - patients' and relatives' experiences from four Swedish psychiatric services», *Nordic Journal of Psychiatry*, 58: 153-159.

Kuhn T.S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, The University of Chicago; tr. it., *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino, 1969.

Kuosmanen L., Hätönen H., Malkavaara H., Kylmä J., Välimäli M. (2007), «Deprivation of liberty in psychiatric hospital care: the patient's perspective», *Nursing Ethics*, 14: 597-607.

Lai C. K. Y. (2007), «Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? – A study using focus group interviews», *BMC Nursing*, 6: 5.

Laiho T., Lindberg N., Joffe G., Putkonen H., Hottinen A., Kontio R. (2014), «Psychiatric staff on the wards does not share attitudes on aggression», *International Journal of Mental Health Systems*, 8: 14.

Lichtenberg, J.D. (1992), *Il Sé e si sistemi motivazionali. Verso una teoria della tecnica psicoanalitica*, Astrolabio, Roma.

Link B., Castille D. M., Stuber J. (2008), «Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses», *Social Science & Medicine*, 67: 409–419.

Lugo F., Sarzi, E., Amadè, Freni S., Erlicher, A. (2006) «La gestione del comportamento violento in ospedale e la contenzione meccanica», *Psichiatria Oggi*, 1.

Manicardi N. (2010), *Italiani da slegare. Contenzione e la vergogna del silenzio*, Koinè, Roma.

Marangos-Frost S., Wells D. (2000), «Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma», *Journal of Advanced Nursing*, 31(2): 362-9.

Marin, M. (2014), «Contenzione fisica: doveri e limiti», *Persona e Danno*, 2014.

Marra G., Pezzetto S. (2016), «La responsabilità dello Psichiatra nella giurisprudenza successiva alla L. 180 del 1978», *Cassazione Penale*, 2006.

Martin V., Bernhardsgrutter R., Goebel R, Steinert T. (2007), «The use of mechanical restraint and seclusion in patient with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 1.

Mauceri, S. (2013), «Per una survey integrata e multilivello. Le lezioni dimenticate della Columbia School», *Sociologia e ricerca sociale*, 99 (33): 22-64.

Mauceri, S. (2015), «Integrating Quality into Quantity. Survey Research in the Era of Mixed Methods», *Quality & Quantity*, DOI 10.1007/s11135-015-0199-8 (attualmente pubblicato nella modalità Onlinefirst).

McCue R. E., Urcuyo L., Lili Y., Tobias T., Chambers M. J. (2004), «Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service», *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2): 217-224.

Meehan T., Bergen H., Fjeldsoe K. (2004), «Personnel and patient perceptions of seclusion: has anything changed?», *Journal of Advanced Nursing*, 47: 33-38.

Meehan T., Vermeer C., Windsor C. (2000), «Patients' perceptions of seclusion: a quantitative investigation», *Journal of Advanced Nursing*, 31: 370-377.

Merton R.K. (1957), *Social Theory and Social Structure* (vol. I), Glencoe (Ill.), Free Press (ed. ampl.); tr. it., *Teoria e struttura sociale. I. Teoria sociologica*, Bologna, Il Mulino, 1983.

Mildred L. (2002), «Seclusion and Restraints: A failure not a Treatment. Protecting Mental Health Patients from Abuses», *California Senate Office of Research*: 1-24.

Ministero della Salute (2007), «Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari», *Raccomandazione 8 Novembre*.

Ministero della Salute (a cura di Dir. Gen. della Programmazione sanitaria Ufficio VI), (2013), «Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012», Roma, *Ministero della Salute*, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2094\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf).

Ministero della Salute (a cura di Dir. Gen. della Programmazione sanitaria Ufficio VI) (2015), «Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO Primo semestre 2014», Roma, *Ministero della Salute*, [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2270\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2270_allegato.pdf).

Misley, M., Bicego, L., a cura di, (2007), *Assistenza e diritti. Critica alla contenzione e alle cattive pratiche*, Carocci, Roma.

Moghadam M. F., Khoshknab M. F., Pazargadi M. (2014), «Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study», *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1): 20-30.

Mohr W. K., Petti T. A., Mohr B. D. (2003), «Adverse effects associated with physical restraint», *Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 330-337,

Mohr W.K. (2010), «Restraints and the code of ethics: An uneasy fit», *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(1): 3-14.

Muir-Cochrane E. C., Bowers L., Jeffery D. (2009), «Comparison in attitudes between nursing and other students in relation to containment measures for disturbed psychiatric patients», *Nurse Education Today*, 29(1): 83-90.

Nivoli G. C., Loretto L., Sanna M. N., Nivoli A., Milia P., Nivoli L. F. (2006), *Valutazione del paziente violento e aggressivo e modi di intervento*, in Volterra V. (a c. di), *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica psichiatrica Vol. III del Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 2006.

Norcio, B. (2006), «Per l'abolizione della contenzione. Alcune note di letteratura e brevi considerazioni dall'esperienza del DSM di Trieste», *Rivista di Freniatria*, CXXX, 3.

Nunno M. A., Holden M. J., Tollar A. (2006), «Learning from tragedy: a survey of child and adolescent restraint fatalities» *Child Abuse & Neglect*, 30: 1333-1342.

Nuorcio B., Toresini L. (2012), *Psichiatria e Nazismo*, Centro di Documentazione di Pistoia Editrice, Pistoia.

Ongaro, F. (2013), *Estratto di intervista*, in Del Giudice G., ... *e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Ospedale Ca Granda Niguarda di Milano, *La contenzione fisica in Ospedale - Evidence based guidelines*. Milano - 2016

Pelazza, M. (2013), *La coazione terapeutica: uno studio comparato*, Tesi di Dottorato in Diritto penale e criminologia, Università degli Studi di Milano Bicocca, 2013.

Perkins E., Prosser H., Riley D., Whittington R. (2012), «Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil?», *International Journal of Law and Psychiatry*, 35: 43-49.

Piccione, D. (2010), «Riflessi costituzionalistici del pensiero di Franco Basaglia a trent'anni dalla morte», *Giurisprudenza costituzionale*, 4152.

Pollard R., Yanasakm E. V., Rogers S. A., Tapp A. (2007), «Organizational and unit factors contributing to the reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit», *Psychiatric Quarterly*, 78: 73-81.

Price T. B., David B., Otis D. (2004), «The use of restraint and seclusion in different racial groups in an inpatient forensic setting», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32(2): 163-168.

Priebe S., Katsakou C., Amos T., Leese M., Morriss R., Rose D. (2009), «Patients' views and readmissions i year after involuntary hospitalization», *British Journal of Psychiatry*, 194: 49-54.

Rakhmatullina M., Taub A., Jacob T. (2013), «Morbidity and mortality associated with the use of restraints: a review of the literature», *The Psychiatric Quarterly*, 84(4): 499-512.

Regione Emilia Romagna (2009), *Disciplina delle Contenzioni Fisiche Presso i Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura dei DSM DP*, Circolare 16 del. 22.10.2009.

Repo-Tiihonen E., Vuorio O., Koivisto H., Paavola P., Hakola P. (2004), «Opinions about treatment modalities among patients involuntarily committed to forensic psychiatric hospital in Finland», *Journal of Offender Rehabilitation*, 38: 81-95.

Rocca P., Villari V., Bogetto F. (2006), «Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency», *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30: 586-598.

Rossi S., a cura di, (2015), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Rossi, S. (2015), *Dignità, contenzione e i diritti della persona*, in Rossi S. (a c. di), *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Rossi, S. e Toresini, L. (2015), *SPDC aperti e senza contenzioni per i diritti inviolabili della persona*, in Rossi S., a cura di, *Il nodo della contenzione: diritto, psichiatria e dignità della persona*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015.

Rüsch N., Müller M., Lay B., Corrigan P. W., Zahn R., Schönenberger T., Bleiker M., Lengler S., Blank C., Rössler W. (2014), «Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1): 35-43.

Ruta R. (2006), «La funzione di contenimento nel Servizio di salute mentale», *Rivista sperimentale di freniatria*, 130 (3): 49-70.

Ryan C. J., Bowers L. (2006), «An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports», *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5): 527-532.

Sangiorgio, P. (2010), *La prevenzione, la gestione e, in prospettiva, l'eliminazione della contenzione nelle emergenze psichiatriche dell'area metropolitana di Roma*, in P. Sangiorgio e G.M. Polselli (a cura di), *Matti da (non) legare*, Roma, Alpes, pp. 1-40.

Sangiorgio, P., Polselli, G.M. (2010), a cura di, *Matti da (non) legare*, Roma, Alpes.

Sangiorgio P., Sarlatto C. (2008/2009), «Physical restraint in general hospital psychiatric units in the metropolitan area of Rome», *International Journal of Mental Health*, 37: 3-16 (Versione italiana reperibile su: *La contenzione fisica nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura dell'area metropolitana di Roma*, [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)).

Santone G., de Girolamo G., Falloon I., Fioritti A., Micciolo R., Picardi A., et al. (Gruppo PROGRES) (2005), «The process of care in residential facilities. A national survey in Italy», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40: 540-50.

Scherer Y. K., Janelli L. M., Wu Y-W. B., Kuhn M. M. (1993), «Restrained patients: An important issue for critical care nursing», *Heart & Lung*, 22(1): 77-83.

Soininen P., Putkonen H., Joffe G., Korkeila J., Puukka P., Pitkänen A., Välimäki M. (2013), «Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge?», *International Journal of Mental Health Systems*, 7: 28.

Soloff P. H. (1979), «Physical restraint and the nonpsychotic patient: Clinical and legal perspectives», *Journal of Clinical Psychiatry*, 40 (7): 302-305.

Spigonatti, F., Agrimi, E. (2005), «La contenzione: revisione della letteratura sulle strategie di minimizzazione e sugli eventi avversi», *Quaderni italiani di psichiatria*, 24: pp. 43-51.

Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe (2005), «White paper on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorders, especially those placed as involuntary patients in psychiatric establishment», Council of Europe, [http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08\\_psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/dir-jur\(2000\)2whitepaper.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/activities/08_psychiatry_and_human_rights_en/dir-jur(2000)2whitepaper.pdf).

Steinert T., Bergbauer G., Schmid P., Gebhardt R. P. (2007), «Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates», *The Journal of nervous and mental disease* 195(6): 492-496.

Steinert T., Noorthoorn E. O., Mulder C. L. (2014), «The Use of Coercive Interventions in Mental Health Care in Germany and the Netherlands. A Comparison of the Developments in Two Neighboring Countries», *Front Public Health*, 2: 141.

Stewart D., Bowers L., Simpson A., Ryan C., Tziggili M. (2009), «Mechanical restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review», *Rapporto di ricerca, Department of Mental Health and Learning Disability City University London*.

*Stewart D., Van der Merwe M., Bowers L., Simpson A., Jones J.* (2010), «A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients», *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6): 413-24.

*Strout T. D.* (2010), «Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature», *International Journal of Mental Health Nursing*, 19: 416-27.

Taxis, J. C. (2002), «Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting», *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2): 157-170.

Toresini, L. (2005), *SPDC aperti e senza contenzione. Per i diritti inviolabili della persona*, Centro di Documentazione di Pistoia, Pistoia.

Toresini, L. (2007), *SPDC No restraint. La sfida della cura*, in AA.VV., *I Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura. L'utopia della cura in ospedale*, Edizioni Co.Pro.S, Caltagirone: [http://www.centrobasaglia.provincia.arenzo.it/convegni/16-12-2005/L\\_TORRESINI.doc](http://www.centrobasaglia.provincia.arenzo.it/convegni/16-12-2005/L_TORRESINI.doc).

Toresini, L., a cura di, (2010), *La testa tagliata*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano.

Vartiainen H., Vuorio O., Halonen P., Hakola P. (1995), *The patients' opinions about curative factors in involuntary treatment*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 163-6.

Venturini E., Casagrande D., Toresini L. (2010), *Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e la imputabilità del paziente*, Franco Angeli, Milano.

Whaley M. S., Ramirez L. F. (1980), «The use of seclusion rooms and physical restraints in the treatment of psychiatric patients», *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 18(1): 13-16.

Winnicott, D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*; tr.it, 1975, Firenze, Martinelli.

Yang M. S., Chung H. H. (1996), «The attitudes and perceptions of patients and nurses toward restraint and seclusion: A comparative study», *Nursing Research*, 1(3): 193-204.



## Note sugli autori

**Valentina Calderone** collabora da anni con l'associazione *A Buon Diritto*, di cui è direttrice e, dal 2013, fa parte dello staff della Segreteria particolare del Presidente della Commissione straordinaria per la promozione e la tutela dei diritti umani del Senato della Repubblica. Si occupa di temi riguardanti la privazione della libertà e il carcere, tramite un lavoro di ricerca e informazione. Collabora inoltre alla gestione di quattro sportelli di consulenza legale gratuita per rifugiati e richiedenti asilo e alla gestione di uno sportello di mediazione all'interno del Centro di identificazione ed espulsione di Ponte Galeria. Tra le pubblicazioni più recenti: *Quando hanno aperto la cella. Stefano Cucchi e gli altri*, con Luigi Manconi, Il Saggiatore 2011; *L'Articolo 3. Primo rapporto sullo stato dei diritti in Italia*, Ediesse 2014 (a cura di, con Stefano Anastasia e Lorenzo Fanoli); *Abolire il carcere. Una ragionevole proposta per la sicurezza dei cittadini*, con Luigi Manconi, Stefano Anastasia, Federica Resta, Chiarelettere 2014.

e-mail: valentinacalderone@abuondiritto.it

**Lorenzo Fanoli**, ricercatore, laureato in Psicologia giuridica, ha pubblicato saggi sul tema della costruzione delle prove di verità nel processo penale. Ha lavorato e collabora con alcuni tra i più noti istituti di ricerca sociale ed economica in Italia occupandosi di comportamenti politico-elettorali; competitività delle imprese e sviluppo sostenibile; effetti e dinamiche della liberalizzazione dei servizi di pubblica utilità a livello europeo; valutazione degli impatti sociali ed economici delle misure europee di incentivazione in agricoltura; dinamiche, impatti e sviluppi dell'occupazione degli immigrati in alcuni settori economici ed industriali in Italia. Coordina, partecipa alla progettazione e collabora operativamente alle attività di ricerca di *A Buon Diritto*: ha curato assieme a Stefano Anastasia e Valentina Calderone la redazione di *L'articolo 3. Primo rapporto sullo stato dei diritti in Italia 2012-2013*.

e-mail: lorenzo.fanoli@gmail.com

**Sergio Mauceri**, ricercatore confermato nel settore *Sociologia generale*, abilitato a professore associato di II fascia, insegna *Strategie di ricerca sociale* e *Laboratorio di ricerca valutativa* presso la Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia, Comunicazione della Sapienza Università di Roma. Ha diretto e partecipato a numerose ricerche in tema di diritti sociali connessi a svariate forme di alterità e disparità sociali. Ha pubblicato (anche in ambito internazionale) circa cinquanta contributi, tra monografie e articoli scientifici, incentrati su tematiche metodologiche e indagini empiriche svolte in diversi settori di studio che presentano quale tratto comune la tensione all'individuazione di programmi sociali che tutelino le fasce più vulnerabili. Tra quelle più recenti si segnalano: *Arcipelago call center. Indagine nazionale sulla vita lavorativa degli operatori telefonici* (a c. di, 2013, NovaLogos); *Omofobia come costruzione sociale. Processi generativi del pregiudizio in età adolescenziale* (2015, Angeli); *Constructing Survey Data. An Interactional Approach* (2014, con G. Gobo, London, Sage Publications).

e-mail: sergio.mauceri@uniroma1.it

**Andrea Taddei** è dottore di ricerca in *Metodologia delle scienze sociali* presso Sapienza Università di Roma, collabora alle attività di ricerca scientifica del Dipartimento Comunicazione ricerca sociale nello stesso Ateneo e di enti e associazioni che, come *A Buon Diritto*, si occupano di fenomeni legati a forme di discriminazione e

violazione di diritti. Ha incentrato la propria tesi di dottorato sull'analisi socio-relazionale svolta nell'ambito di una ricerca su pregiudizio e omofobia in ambito scolastico. Di recente, ha pubblicato tre saggi all'interno del volume curato da S. Mauceri, *Arcipelago call center* (2013) e, nel 2015, un articolo scientifico sulla rivista sociologica *Polis* e due capitoli in un volume di S. Mauceri, tutti incentrati sulla ricerca condotta in tema di omofobia giovanile.

e-mail: [taddei.andrea@yahoo.it](mailto:taddei.andrea@yahoo.it)

**Susanna Ronconi** è formatrice e supervisore metodologico nei campi del lavoro sociale, delle marginalità urbane e delle dipendenze, e ricercatrice sociale attiva nei medesimi settori. È esperta in metodologie autobiografiche applicate alla ricerca qualitativa, all'educazione degli adulti, all'educazione di genere e agli interventi di comunità.

e-mail: [susanna.ronconi@gmail.com](mailto:susanna.ronconi@gmail.com)



A BUON  
**DIRITTO**  
*Quaderni*

N.1 - GENNAIO 2017



**"CONTENERE"  
LA CONTENZIONE MECCANICA  
IN ITALIA**

Con il sostegno di

 Compagnia  
di San Paolo

 otto  
per  
8 mille  
CHIESA VALDESE  
UNIONE DELLE CHIESE METODISTE E VALDESI